

Samarbetet mellan de kommunala svenska daghemmen och barnrådgivningarna i Esbo - en kartläggning ur hälsovårdarnas perspektiv

Theresa Jensen-Tikka

Examensarbete

Yh-komplettering 2013

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	YH komplettering 2013
Identifikationsnummer:	4664
Författare:	Theresa Jensen-Tikka
Arbetets namn:	Samarbetet mellan de kommunala svenska daghemmen och barnrådgivningarna i Esbo - en kartläggning ur hälsovårdarnas perspektiv
Handledare (Arcada):	Berit Onninen
Uppdragsgivare:	Esbo stad/Resultatenheten Svenska Rum
Susanne Nordling/Mårtensbro daghem	
<p>Sammandrag:</p> <p>Daghemmen och barnrådgivningen har som uppgift att främja barnets uppväxt, utveckling och inläring samt stöda föräldrarna i hemuppfostran. I de omfattande hälso- granskningarna är det väsentligt med ett lyckat samarbetsförhållande mellan familjen och de olika yrkesmänniskorna. Samarbetet mellan daghemmen och rådgivningen upplevs ibland problematisk och ickefungerande. Tidigare forskning visar att samarbetet är mycket varierande och att samarbetsmodeller som utvecklats för att stöda samarbetet inte utnyttjas tillräckligt. Mera gemensamma möten och skolning samt personlig kontakt önskades av både hälsovårdarna och daghemmets personal. Syfte med detta arbete är att utreda samarbetet mellan daghemmen och barn rådgivningarna i Esbo. I denna studie besvaras två frågeställningar: Hur fungerar samarbetet mellan daghemmen och rådgivningen? Hur kunde samarbetet utvecklas mellan daghemmen och rådgivningen? Denna studie hör till ett projekt (Arcada yrkeshögskolan, Avdelning för Hälsa och Välfärd). Arbetet har beställts av ett svenskspråkigt daghem i Esbo. Projektet består också av en motsvarande studie ur daghemmets synvinkel. Detta är en kvalitativ studie. Som datainsamlingsmetod används den kvalitativa intervju metoden med temaprotokoll och öppna frågor. Fyra hälsovårdare intervjuades i en fokusgrupp. Innehållsanalysen är induktiv. Studien begränsar sig till de svenskspråkiga hälsovårdarna och till de omfattande hälsogranskningarna (1.5 och 4 åringar) inom Esbo barnrådgivningar. Annaleena Airas forskning har använts som teoretisk referensram. Resultatet visar att samarbetet mellan daghemmen och rådgivningen vid 4 års granskningen vanligen fungerar bra och att samarbete sällan förekommer vid 1.5 års granskningen. Informationsförmedlingsblanketterna, föräldrarna, telefonkontakt då någon oro finns av barnet, fungerar som informationsförmedling mellan daghemmen och rådgivningen. Mycket få besök görs på daghemmen och nästan inga gemensamma möten förekommer. Det önskas mera personlig kontakt dvs. besök på daghem och gemensamma möten samt naturligt samarbete, mera tid för samarbete, mera feedback från daghemmen efter hälsogranskningen och ett samarbete som också skulle fungera då allt är bra.</p>	
Nyckelord:	Barnrådgivning Daghem Mångprofessionellt samarbete
Sidantal:	80 + bilagor
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	UAS-komplementary studies 2013
Identification number:	4664
Author:	Theresa Jensen-Tikka
Title:	The cooperation between the municipal daycare and child health clinics – a viewpoint from the public health nurse
Supervisor (Arcada):	Berit Onninen
Commissioned by:	Esbo stad/Resultatenheten/Svenska Rum
Susanne Nordling/Mårtensbro daghem	
<p>Abstract:</p> <p>Daycare and child health clinics have the same tasks: to promote the child in growth, development and learning as well as support parenting. It is essential to have a well functioning interaction and a successful cooperation between the family and the professionals at the comprehensive health examinations. The cooperation is sometimes perceived as problematic and dysfunctional. Previous research shows that the cooperation between daycare and child health clinic varies and the developed models that support cooperation are not used effectively. More joint meetings and schooling as well as personal contact were desired. The aim of this work is to investigate the cooperation between the daycare and child health clinics in Espoo. The study answers two questions: How does the cooperation work between daycare and the child health clinics? How could the cooperation be developed between daycare and child health clinics? This study is connected to a project at Arcada University of Applied Sciences, Nursing. The work is ordered by a Swedish daycare centre in Espoo. The project also consists of a similar study of the daycare centre's perspective. This is a qualitative study. A qualitative interview with protocol and open questions is used as the data collection method. Four public health nurses were interviewed in a focus group. An inductive data analysis is used in this study. The study is confined to Swedish speaking public health nurses and to the comprehensive health examination (1.5 and 4 years) in Espoo child health clinics. Annaleena Airas research is used as a theoretical framework. The result shows that the cooperation between the child daycare and the child health clinic centres often works well at the 4 year examination and that there is seldom cooperation at the 1.5 year examination. The different forms of liaison that are used between the daycare centres and the child health clinics are data transfer forms, parents and phone contract, if there are worries about the child. No joint meetings or team meetings exists and visits to the daycare are rare. The health nurses wish for more personal contacts as visits to the daycare centres and joint meetings, natural cooperation, more time for cooperation, feedback from the daycare after the examination and also cooperation when there are no problems.</p>	
Keywords	Child health clinic Daycare Professional Cooperation
Number of pages:	80 + attachments
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	AMK-täydennyskoulutus 2013
Tunnistenumero:	4664
Tekijä:	Theresa Jensen-Tikka
Työn nimi:	Ruotsinkielisten kunnallisten päiväkotien ja neuvoloiden välinen yhteistyö Espoossa - Terveystarkastajan näkökulmasta
Työn ohjaaja (Arcada):	Berit Onninen
Toimeksiantaja:	Esbo stad/Resultatenheten/Svenska Rum
Susanne Nordling/Mårtensbro daghem	
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Päiväkodin ja neuvolan tehtävä on edistää lapsen kasvua, kehitystä ja oppimista sekä tukea vanhemmuutta. Laajassa terveystarkastuksessa tärkeää on sujuva vuorovaikutus ja onnistunut yhteistyö perheen ja eri ammateissa toimivien ihmisten kesken. Aikaisemmat tutkimukset osoittavat, että yhteistyö päiväkotien ja neuvolan välillä on vaihtelevaa ja että yhteistyömalleja ei käytännössä hyödynnetä optimaalisesti. Yhteisiä tapaamisia ja koulutuksia sekä henkilökohtaista kontaktia toivottiin enemmän. Tämän työn tarkoitus on selvittää lastenneuvolan ja päiväkotien yhteistyötä Espoossa. Tutkimus vastaa kahteen kysymykseen: Miten yhteistyö toimii lastenneuvolan ja päiväkotien kesken? Miten lastenneuvolan ja päiväkotien yhteistyötä voisi kehittää? Tämä opinnäytetyö liittyy projektiin (Arcada yrkeshögskola, avdelning för Hälsa och Välfärd). Työn on tilannut espoolainen ruotsinkielinen päiväkotitoiminta. Yhteistyö päiväkotien ja neuvolan kesken koetaan välillä hankalaksi ja huonosti toimivaksi. Tässä opinnäytetyössä käytetään laadullista tutkimusmenetelmää. Tiedonkeruumenetelmänä käytetään laadullista haastattelua (avoimia kysymyksiä). Neljää terveydenhoitajaa haastateltiin ryhmässä. Sisältöanalyysi on induktiivinen. Projektiin liittyy vastaavaa opinnäytetyötä päiväkodin näkökulmasta. Työ rajoittuu ruotsinkielisiin terveydenhoitajiin ja laajoihin terveystarkastuksiin (1.5 ja 4-vuotiaat) Espoo kunnan lastenneuvoloissa. Tässä opinnäytetyössä käytetään teoreettisena viitekehysnä Annaleena Airan tutkimusta. Lopputulos näyttää että yhteistyö päiväkotien ja neuvoloiden kesken 4 vuotiaan tarkistuksen yhteydessä sujuu yleensä hyvin ja yhteistyötä on harvoin 1.5 vuotiaan tarkistuksen yhteydessä. Yhteistyömuodot jotka toimivat päiväkotien ja neuvolan välillä ovat tiedonsiirtokaavakkeet, vanhemmat, puhelinkontakti silloin kuin on huolia lapsesta ja lääkärit. Päiväkotikäyntejä tehdään hyvin vähän ja yhteisiä kokouksia tai tiimikokouksia ei pidetä lainkaan. Terveystarkastajat toivoivat enemmän henkilökohtaista yhteistyötä, kuten käyntejä päiväkoteihin ja yhteisiä kokouksia ja tiimikokouksia sekä luonnollista yhteistyötä, enemmän aikaa yhteistyöhön, enemmän palautetta päiväkodeista terveystarkastuksen jälkeen ja yhteistyötä joka toimii myös silloin kun ei ole aihetta huoleen.</p>	
Avainsanat:	Lastenneuvola Päiväkotitoiminta ammatillinen yhteistyö
Sivumäärä:	80 + liitteet
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	

INNEHÅLL

Inledning.....	7
1 Bakgrund.....	8
1.1 Lagstiftning	8
1.1.1 Hälso- och sjukvårdlagen 1326/2010	8
1.1.2 Statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet 338/2011.....	9
1.2 Multiprofessionellt samarbete för barnfamiljers väl.....	10
1.2.1 Barnrådgivningens personal.....	10
1.2.2 Rehabiliterings- och barnrådgivningsgruppen.....	11
1.2.3 Samarbete med dagvården och förskoleverksamheten.....	12
1.2.4 Familjeservicenätverk.....	13
1.2.5 Annat samarbete inom kommunen och med den specialiserade sjukvården.....	14
1.3 De omfattande hälsogranskningarna.....	15
1.4 Hyve-4	18
2 Litteratur och tidigare forskning.....	19
3 Problemformulering, syfte, frågeställning och begränsning	33
4 Teoretisk referensram	34
5 Metod.....	39
5.1 Datainsamlingsmetod	39
5.2 Data-analysmetod.....	40
6 Material	41
6.1 Informantbeskrivning	41
6.2 Presentation av materialet.....	41
7 Resultat	42
7.1 Resultat av induktiv innehållsanalys.....	42
7.2 Resultat i förhållande till teoretiska referensramen	56
7.2.1 Fungerande samarbete kräver ett uppbyggande av ett förtroende.....	56
7.2.2 Ett fungerande samarbete förutsätter ett skapande av samarbetspraxis.....	59
7.2.3 Samarbete syftar till att uppfylla mål	61
7.2.4 Ett fungerande samarbete i ett spritt samarbete förutsätter ett effektivt utnyttjande av den teknologiska kommunikationen	63
7.2.5 Ett fungerande samarbete förutsätter ett utnyttjande av olikheter	65
8 Etiska reflektioner	68

9 Diskussion.....	69
--------------------------	-----------

10 Kritisk granskning	75
------------------------------------	-----------

Källor

Bilagor

INLEDNING

Barnrådgivningen och daghemmen är nära samarbetspartner och har samma uppgifter d.v.s. att främja barnets uppväxt, utveckling och inläring och stöda föräldrarna i hemuppfostran. Det har utvecklats fina samarbetsmodeller t.ex. hyve-4 som stöder samarbetet mellan barnrådgivningen och daghemmen. Eftersom samarbetet ibland upplevs som problematiskt, behövs det för ett väl fungerande samarbete eventuellt också andra metoder som stöd. Intresset för ämnet väcktes hos mig redan under min praktikperiod inom mödra- och barnrådgivningen hösten 2012, då jag upplevde att samarbetet fungerade bättre mellan de finska daghemmen jämfört med svenska. Jag vill tacka min handledare Berit Onninen som kontaktade mig gällande projektet och jag fick möjligheten att kunna göra mitt examensarbete om samarbetet mellan daghemmen och rådgivningen. Det har varit intressant att kunna arbeta på min studie samtidigt med socionom studerande Camilla Laitinen som har gjort ett motsvarande arbete ur daghemmets synvinkel. Jag önskar att hälsovårdare och daghemmets personal får nytta av denna studie i sitt arbete.

1 BAKGRUND

Denna studie är ett beställningsarbete från Esbo stad som är kopplad till ett projekt i Arcada yrkes-högskola, avdelning för hälsa och välfärd. Susanne Nordling fungerar som kontaktpersoner mellan Arcada och Esbo stad. Översköterskan Arja Erma inom Esbo barnrådgivning fungerar som kontaktperson gällande forskningslovet samt uppgifter som berör intervjun. I bakgrunden presenteras lagstiftningen som gäller barnrådgivningen, det multiprofessionella samarbetet för barnfamiljers väl, de omfattande hälsogranskningarna (1.5 och 4 åringen) och hyve-4.

1.1 Lagstiftning

Barnrådgivningen följer hälso- och sjukvårdslagen och statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet. Dessa behandlas närmare i följande del kapitel. Dessutom följer barnrådgivningen många andra lagar och vilka inte kommer att tas upp närmare i denna studie. Inom daghemmen och barnrådgivningen gäller många samma lagar som t.ex. barnskyddslagen, strafflagen m.fl.

1.1.1 Hälso- och sjukvårdslagen 1326/2010

I kapitel 2 paragraf 15 som gäller rådgivningsbyråttjänster tas upp uppgifter som stöder samarbetet mellan daghemmen och rådgivningen så som t.ex. att när den kommunala primärvården ordnar rådgivningsbyråttjänster ska den samarbeta med instanser som svarar för förskolepedagogik, barnskydd och annan socialvård och specialiserad sjukvård och med andra relevanta instanser.

Barnrådgivningen har som uppgift att främja barnets sunda tillväxt, utveckling och välbefinnande. Att följa upp dessa i genomsnitt en gång i månaden under barnets första levnadsår och därefter årligen efter individuellt behov. (Finlex.1326/2010. Kap 2, paragraf 15)

Barnrådgivningen har också som uppgift att stödja föräldraskapet och familjens allmänna välbefinnande, att främja en hälsosam hemmiljö och annan uppväxt- och utvecklingsmiljö för barnet och levnadsvanor i familjen samt att i ett tidigt stadium identifiera barnets och familjens behov av särskilt stöd och undersökningar, stödja barnet och familjen samt vid behov hänvisa dem till undersökningar eller vård. (Finlex.1326/2010. Kap 2, paragraf 15)

Kap 4 paragraf 32 beskriver också stödjandet av samarbetet mellan rådgivningen och daghemmen; när den kommunala primärvården eller en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ordnar verksamhet för främjande av hälsa och välbefinnande. I denna lag avsedda hälso- och sjukvårdstjänster ska den, utöver det som föreskrivs någon annanstans i denna lag, samarbeta med socialvården och med barn- dagvården så som förutsätts för att uppgifterna ska kunna fullgöras på behörigt sätt och så som patientens behov av vård och social- och hälsovårdstjänster kräver.

(Finlex.1326/2010. Kap 4, paragraf 32)

1.1.2 Statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet 338/2011

Barnrådgivningen följer Statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerande hälsovård samt förebyggande av mun- och tandvård för barn och unga (338/2011). Syftet med denna förordning är att säkerställa att hälsorådgivningen och hälsoundersökningarna för kvinnor och familjer som väntar barn och för barn under skolåldern, för elever och deras familjer samt för studerande är planmässiga, uppvisar en enhetlig nivå och tar hänsyn till individens och befolkningens behov i den kommunala hälso- och sjukvården. (Finlex.338/2011. Kap 1, paragraf 1)

Kommunen förpliktas att ordna tre omfattande hälsogranskningar inom barnrådgivningen då barnet är i åldern 4 mån, 18 mån och 4 år. I den omfattande hälsogranskningen inkluderas med vårdnadshavarens skriftliga samtycke dagvårdspersonalens bedömning av hur barnet klarar sig i dagvården och av barnets välbefinnande. (Finlex.338/2011. Kap 1, paragraf 7)

I kap 1, paragraf 13 tas också upp betydelsen av samarbetet d.v.s. hälsorådgivningen och hälso-
granskningarna ska ordnas så att behovet av särskilt stöd hos ett barn under skolåldern eller en familj
identifieras i ett så tidigt skede som möjligt och att det stöd som behövs tillhandahålls utan dröjsmål.
Dessutom skall det utarbetas en plan för välbefinnande och hälsa i samarbete med den som behöver
stöd. Utfallet av planen ska följas upp och bedömas. I syfte att bedöma och tillgodose behovet av
särskilt stöd ska samarbete vid behov också bedrivas mellan olika kommunala aktörer, såsom
dagvården, hemservicen, barnskyddet samt den specialiserade sjukvården och andra aktörer.
(Finlex.338/2011. Kap 1, paragraf 13)

1.2 Multiprofessionellt samarbete för barnfamiljers väl

I följande delkapitel beskrivs olika samsarbetsmodeller och vilka yrkesgrupper som gör samarbete för
barnfamiljers väl.

1.2.1 Barnrådgivningens personal

Social- och hälsovårdsministeriets (2005) beskriver närmare barnrådgivningens personal.
Centrala arbetare på en rådgivningsbyrå för barnavård är hälsovårdare och läkare som utgör kärn-
arbetsparet i rådgivningsverksamheten. Hälsovårdaren och läkaren arbetar i tätt samarbete med
varandra och andra som arbetar med barnfamiljer. I rådgivningsarbetet är hälsovårdaren expert på
hälsofrämjande och familjevårdarbete och ansvarar för verksamhetens vårdvetenskapliga nivå.
Hälsovårdaren ansvarar för uppföljningen av barnets sunda uppväxt och utveckling. Till hennes
uppgifter hör även screening undersökningar och vaccinationer. Hälsovårdarens arbete är familje-
och resurs orienterat och främjar hela familjens hälsa.
(Social- och hälsovårdsministeriet. 2005: 32-38)

Hälsovårdaren ställer sin sakkunskap till föräldrarnas förfogande och arbetar tillsammans med familjen i en anda av partnerskap och förtroende och för att stärka förutsättningarna för hela familjens hälsa. Hälsovårdaren bedömer tillsammans med familjen om barnets hälsa och välbefinnande eller familjens förändrade omständigheter förutsätter andra medarbetares undersökningar eller annat stöd än rådgivningens bas uppföljningar. Läkaren deltar i uppföljningen av barnets hälsa och uppväxt och ansvarar för screening för sjukdomar och utvecklingsavvikelser och ofta även för tolkning av de utvecklingsavvikelser som hälsovårdarna upptäckt och planerar de fortsatta åtgärderna tillsammans med familjen. Social- och hälsovårdsministeriet (2005) beskriver, att ett gott samarbete och en klar arbetsfördelning mellan läkaren och hälsovårdaren förbättrar rådgivningstjänsternas kvalitet och för att göra samarbetet öppet och okomplicerat borde läkaren och hälsovårdaren komma överens om arbetsfördelningen vid de återkommande kontrollerna och reservera tillräckligt med tid för diskussion och konsultation.

I rådgivningens multiprofessionella arbetsgrupp arbetar även familjearbetare samt specialarbetare så som psykologer, ergoterapeut, talterapeuter, fysioterapeuter, näringsterapeuter och munhygienpersonal. (Social- och hälsovårdsministeriet. 2005: 32-38)

1.2.2 Rehabiliterings- och barnrådgivningsgruppen

Social- och hälsovårdsministeriet (2005) beskriver barnrådgivningsarbetsgruppen; en samarbetsgrupp, där man konsulterar och diskuterar hur barn och familjer kunde följas upp, stödas och undersökas så ändamålsenligt som möjligt. I gruppen behandlas de svårigheter som kommit fram under möten med klientfamiljerna, möjligheter till anordnandet av stöd och hjälp samt planeras fortsatta undersökningar av barnet. I gruppen kan man även planera nya hälsofrämjande och förebyggande arbetsformer. (Social- och hälsovårdsministeriet.2005: 40-42)

De viktigaste aktörerna i barnrådgivningsarbetsgruppen är hälsovårdaren, barnrådgivningens läkare, föräldrarna och andra som hör till rådgivningens multi-professionella arbetsgrupp. Till gruppen hör också dagvårdsarbetaren, socialarbetare, ergoterapeut och eventuellt också mödrarrådgivningens hälsovårdare/barnmorska. Rehabiliteringsgruppen för barn är ofta de samma som medlemmarna i barnrådgivningsarbetsgruppen. Som uppgift har de att dra upp rehabiliteringsplaner och anordna fortsatt vård och rehabilitering som styrs av den specialiserade sjukvården. Om barnet är i dagvård, utarbetas rehabiliteringsplanen vanligen av dagvårdens personal.

(Social- och hälsovårdsministeriet.2005: 40-42)

1.2.3 Samarbete med dagvården och förskoleverksamheten

I social- och hälsovårdsministeriet (2005) beskrivs dagvården som rådgivningsbyråns nära samarbetspartner och att utgångspunkten för förskolepedagogiken i dagvården är densamma som på rådgivningsbyrån; barnets och familjernas behov. Bägges uppgift är att främja barnets uppväxt, utveckling och inläring samt att stöda föräldrarna i hemuppfostran. I daghemmet kommer barnets styrkor/resurser fram liksom eventuella svårigheter. Daghemmet är ett bra ställe där man kan följa med barnets lek, sociala kunskaper och växelverkan i grupp samt den motoriska och kognitiva utvecklingen. Föräldrarna och daghemmets personal har bästa uppfattningen om barnets sociala färdigheter, kamrat förhållanden samt känsloliv. (Hakulinen-Viitanen et al.2012: 39)

Det krävs föräldrars samtycke innan man kan utbyta information om ett enskilt barn mellan daghemmen och rådgivningen. Det beskrivs i boken att det skulle vara bra att den cirkulerande specialbarntädgårdslärare eller någon annan yrkesutbildad person inom dagvården, skulle fungera som verkställande av samarbetsinitiativet mellan daghemmen och rådgivningen när det gäller barn som har behov av särskilt stöd. (Social- och hälsovårdsministeriet.2005:44- 46)

Det påtalas i handboken att rådgivningspersonalens besök i dagvården kan vara nyttiga och att speciellt vid problem kan det vara till stor hjälp för barnet och omgivningen om problemet beaktas och barnet får tillräckligt med stöd. Dagvården kan fungera som en viktig förebyggare och rehabiliterare av olika utvecklings-, kontakt-, beteende- och inlärningssvårigheter hos barn i förskoleåldern. Det rekommenderas att familjeservicenätverket anordnar utbildnings- och rekreations evenemang för sin personal tillsammans med dagvårdspersonalen. (Social- och hälsovårdsministeriet.2005:44- 46)

Daghemmets deltagande i de omfattande hälsogranskningarna samt samarbetsmodellen beskrivs närmare i kap 1.3

Både de finska daghemmen och de svenska daghemmen styrs av bildningssektorn (Esbo stad. Organisation). Trots att de hör till samma sektor hör finska daghemmen till den finska barnuppföstran. Resultatenheten Svenska rum (svensk dagvård, utbildning, kultur och ungdomsverksamhet) samordnar och utvärderar den svenskspråkiga dagvården och förskoleundervisningen m.fl. Resultatenheten leds av utbildningsdirektören. (Esbo stad. Barndagvård och utbildning).

1.2.4 Familjeservicenätverk

I Social- och hälsovårdsministeriets (2005) *Barnrådgivningen som stöd för barnfamiljer* beskrivs det familjeservicenätverket närmare. Kommunerna har börjat samla ihop de tjänster som är avsedda för barnfamiljer eller intensifiera samarbetet mellan de organisationer som gör familjearbete så att samarbete och konsultation underlättas och det rekommenderas att samarbetet mellan den kommunala sektorn och den tredje sektorn ökas och familjernas påverkningsmöjligheter förbättras. I familjeservicenätverket finns läkare, en hälsovårdare, en familjearbetare, en psykolog, en talterapeut, en fysioterapeut och vid behov andra specialarbetare. (Social- och hälsovårdsministeriet. 2005:28-29)

Beroende på lokala omständigheterna finns i nätverket även andra fackmän som arbetar med barnfamiljer såsom dagvårdspersonalen, arbetarna på uppfostrings- och familjerådgivningsbyrån, socialarbetarna, ergoterapeuten, näringsterapeuten, tandläkaren och/eller tandsköterskan. I handboken beskrivs vad som förutsätts för ett framgångsrikt samarbete d.v.s. att de olika aktörerna kommer överens om arbetsfördelningen och vem som ansvarar för vad. Om multiprofessionellt teamwork och nätverksarbete sägs det att det inte fungerar av sig självt utan motivation, kunskap, samarbetsmetoder och långsiktig träning och att teamarbetet underlättas av att man kommer överens om gemensamma mål och är tillräckligt förtrogen med de andras arbete. Det nämns också att nätverksarbetet utvecklas bättre om de medverkande har färdigheter att bedöma sin egen roll samt sina egna uppgifter, och diskutera dem med de andra medlemmarna i nätverket. Utbildningens betydelse tas upp d.v.s. utbildning i det gemensamma nätverksarbetets metoder främjar nätverksarbetet på ett naturligt sätt. Sekretessen tas upp i handboken och det rekommenderas att för att den inte skall bli ett hinder för samarbetet, måste alla känna till de relevanta bestämmelserna och komma överens om lämpliga förfaringssätt. (Social- och hälsovårdsministeriet. 2005:28-29)

1.2.5 Annat samarbete inom kommunen och med den specialiserade sjukvården

Social- och hälsovårdsministeriets handbok (2005) beskriver uppfostrings- och familjerådgivningsbyrån som en viktig expert- och samarbetspartner både gällande för vuxnas vårdplatser och gällande barnrådgivningen. Deras, liksom barnrådgivningarnas, basuppgifter är att främja barnens och familjernas positiva utveckling. Familjerådgivningsbyråerna hjälper barn, unga och deras familjer i ärenden som rör uppfostran, utveckling och familjernas mänskliga relationer. En representant för uppfostrings- och familjerådgivningsbyrån deltar i familjeservicenätverket och vid behov barnrådgivningsarbetsgruppens verksamhet. (Social- och hälsovårdsministeriet. 2005:42-50)

Experterna på uppfostrings- och familjerådgivningsbyråerna, vanligen psykologen, socialarbetaren och barnpsykiatern kan ge konsultationshjälp till dem som arbetar på barnrådgivningarna.

Hemtjänsten och barnskyddet är också barnrådgivningens viktiga samarbetsparter. Det beskrivs också i handboken församlingar och organisationer som ger många slags tjänster och anordnar gruppverksamhet, kurser och projekt, som kompletterar de kommunala tjänsterna t.ex. kyrkans familjerådgivningsbyråer har ökat på sin andel av förebyggande arbete och anordnar i mån av möjlighet föräldragrupper och utbildar personalen i parrelationsfrågor.

Dessutom har rådgivningen samarbete med den specialiserade sjukvården inom barnsjukdomar, barnkirurgi, barnneurologi och barnpsykiatri. (Social- och hälsovårdsministeriet. 2005:42-50)

1.3 De omfattande hälsogranskningarna

De omfattande hälsogranskningarna har sin grund i hälsovårdslagen 1326/2010 och statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, - skol och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga 338/2011 (tidigare 380/2009). Den omfattande hälsogranskningen inom barnrådgivningen innebär att barnet och båda föräldrarna eller åtminstone ena deltar i hälsogranskningen. Också barnets, föräldrarnas och hela familjens hälsa och välmående eller faktorer som påverkar dessa behandlas omfattande. Hälsogranskningen görs av hälsovårdaren i samarbete med läkaren och daghemmet. Hälsogranskningen bör förverkligas med god interaktion och ett fungerande samarbete mellan familjen och professionella medarbetare. De omfattande hälsogranskningarna bör styrka barnet och familjens resurser samt hälsa och välmående. Familjens och familjemedlemmars behov av stöd i ett tidigt skede bör kartläggas samt försäkras att de får stöd i rätt tid. De omfattande hälsogranskningarna bör också förebygga utslagning och minska hälsoskillnader.

(Hakulinen-Viitanen et al. 2012:9-55).

Värderingen av barnets och hela familjens välmående har sin grund i föräldrarnas och barnets beskrivning av familjens hälsa, välmående, hälsovanor, livssituationen och levnadsförhållanden. Hälsovårdaren och läkaren kartlägger barnets tillväxt, utveckling och välmående med intervju, kliniska undersökningar och vid behov också med andra metoder. Hälsogranskningen innebär också en kartläggning av den psykosociala utvecklingen, trygghet och människorelationer hos barnet i hemmet och i andra miljöer t.ex. daghem. Den fysiska hälsan samt barnets förmåga att lära sig och om inlärningssvårigheter förekommer bör kartläggas. Också språkets- och sinnenas utveckling följs upp. Vaccinationerna ges enligt vaccinationsprogrammet. Hälsogranskningen innehåller också alltid hälsorådgivning. För att kunna förverkliga de omfattande hälsogranskningarna är det viktigt att tillräcklig tid reserveras för dessa. Vårdplanering görs alltid tillsammans med familjen och barnet, så att alla parter kan binda sig till planen.

Daghemmen förbereder sig också inför de omfattande hälsogranskningarna. Daghemmets personal gör sin egen värdering av barnets välmående och hur barnet klarar sig i dagvården. Denna del är ytterst viktig i värderingen av barnets välbefinnande, utveckling, tillväxt samt i den tidiga kartläggning av behovet av stöd. Den stöder också samarbetet mellan daghemmen och rådgivningen och främjandet av barnets välmående. Det är viktigt att samarbetet fungerar så att tidtabellen passas ihop och att all praxis som gäller samarbetet och tider bestäms på förhand.

(Hakulinen-Viitanen et al. 2012:9-55).

1,5 åringens omfattande hälsogranskning är viktig av många orsaker. Sedan den förra hälso-granskningen har det redan gått 0,5 år och under den tiden har barnet utvecklat sig med snabb fart.

I familjen sker ändringar då barnet eventuellt börjar i dagvård. Det är också en bra tidpunkt att diskutera föräldrarnas hälsa, välmående, hälsovanor samt parförhållandet.

(Hakulinen-Viitanen et al. 2012: 9-57)

Esbo hälsogranskningar på barnrådgivningen, *Lastenneuvolan terveystarkastusohjelma 2013*, styrs av statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, - skol och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga (380/2009). Som informationsförmedlings blankett mellan daghemmen och rådgivningen för 1.5 åriga barnet används *Beskrivning av barnet i dagvården*, se bilaga 4. Beskrivning av barnet i dagvården skickas då någon oro finns för barnet. Under hälsogranskningen bör denna blankett genomgås. (Espoon kaupunki. 2013)

Fyra åringens omfattande hälsogranskning består av daghemmets diskussion med föräldrarna och av hälsovårdarens och läkarens hälsogranskning. I fyra års hälsogranskningen är det viktigt att observera föräldrarnas och barnets växelverkan, barnets sociala färdigheter samt inlärnings svårigheter och kraftresurser. Familjens hälsovanor är också bra att behandla. Med hjälp av Lene metoden kan eventuella neurologiska problem identifieras hos barnet, som försvårar inläring. (Hakulinen-Viitanen et al.2012:56-57) I handboken Lene beskrivs att uppgifterna i Lene har valts på så sätt att de så väl som möjligt motsvarar olika delområden inom barns olika neurologiska utveckling. (Valtonen & Mustonen. 2006:6).

Också i fyra års hälsogranskningen följer Esbo barnrådgivningar programmet *Lastenneuvolan terveystarkastusohjelma 2013*. Hyve-4 används som samarbetsmodell i fyraåringens omfattande hälsogranskning vilken beskrivs närmare i följande kapitel.

1.4 Hyve-4

Hyve-4 modellen utvecklades år 2011 eftersom olika forskningsresultat visade att tydliga inlärningsproblem i tidig skolstart kan förutspås redan i fyra års åldern, samt med stadsförordningen om rådgivningsverksamhet, skol och studerande hälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga 338/2011. Modellen ersatte det tidigare samarbetet mellan daghem och rådgivning i 3 och 5 åringens hälsogranskningar. Hyve-4 är en samarbetsmodell mellan daghemmen och rådgivningen och består av samtalet om småbarnsfostran i daghemmen samt av fyra åringens omfattande hälsovårdsgranskning i rådgivningen. Modellen innebär en gemensam inbjudan av daghemmen och rådgivningen till den omfattande hälsovårdsgranskningen, daghemmets strukturerade samtal om småbarnsfostran tillsammans med föräldrarna, samt informationsförmedlingsblanketten mellan daghemmen och rådgivningen gällande barnet. Hyve-4 är en del av Katse Lapseen – hanke program vars mål är att utveckla hyve-4 modellen och det finns flera rådgivningar i huvudstads-regionen som är utvecklingsrådgivningar. (Tuominiemi-Lilja.2012)

I Esbo använder daghemmen blanketten Samtalsunderlag för välbefinnandekontrollen med det 4-åriga barnets föräldrar och dagvården som stöd i sina samtal om småbarnsfostran med föräldrarna. Daghemspersonalen fyller i informationsförmedlingsblanketten (Barnets välbefinnandekontroll för 4-åringar) vid utvärdering av barnet, se bilaga 3. Daghemmet skickar informationsförmedlingsblanketten per post till rådgivningen med föräldrarnas samtycke. Barnrådgivningen ger respons med samma blankett till daghemmet med föräldrarnas samtycke. Barnrådgivningen fyller också i blanketten gällande handledning och plan för uppföljning och eventuell behov av stöd.

Informationsförmedlingsblanketten skickas efter läkarbesöket till daghemmet och ifall det förekommer bekymmer över barnet skickas en kopia av blanketten till daghemmet före läkargranskningen. (Espoon kaupunki. 2011)

2 LITTERATUR OCH TIDIGARE FORSKNING

I denna studie har forskningar och annat material som gäller samarbetet mellan daghemmen och rådgivningen sökts från Google scholar, THL (Julkari). Källor i examensarbeten och boken *Team i vård, behandling och omsorg, erfarenheter och reflektioner*, Berlin & Al. 2009 har också använts som källa. Ebsco (Chinal) och Medic har använts som databaser när olika forskningar sökts (forskningarna som hittats från examensarbeten). Tidigare forskningar och andra källor begränsar sig till åren 2002-2013 och dessa presenteras i årtalsordning från den äldsta till den nyaste.

Ollikainen. 2002. *Päivähoidon, vanhempien ja neuvolan yhteistyö toimii*

Denna artikel beskriver Kehu ”kehottaa meitä kannustamaan ja kehittämään lasta”. Kehu är en modell som togs i bruk år 2000 inom alla kommunala daghem och rådgivningar inom Esbo centrum. Syftet med modellen var att observera och värdera femåringens utveckling brett och i ett tidigt skede före skolstart samt att utveckla det mångprofessionella samarbetet. Barnets värdering sker i samarbete med föräldrarna, daghemmet, rådgivningen, läkaren samt personal inom special-vården. Endast positiv feedback kom för kehu av daghemmen och rådgivningen under åren 2000-2001. Samarbetet ansågs ha fungerat och växelverkan upplevdes som ett naturligt mångprofessionellt samarbete vilket stöder värderingen av barnets utveckling. Med hjälp av Kehu hade barnets styrkor och eventuella behov av stöd kunnat kartläggas vilket ansågs underlätta handledningen till fortsatta undersökningar. Även om värderingsmodellen hade varit ny inom daghemmen och krävt mera tid av personalen, upplevdes den positiv. Hälsovårdarna upplevde samarbetet och delandet av uppgifter med daghemmen positivt samt att det ökade möjligheten att kunna stöda barnfamiljerna. Läkarna var också nöjda med modellen. Föräldrarna var nöjda med den nya formen av samarbete och frågeformulären ansågs fördjupa diskussioner om barnet både hemma, på daghemmet samt på rådgivningen. (Ollikainen. 2002: 28-29)

Huovinen. 2004. *Moni ammatillinen yhteistyö lastenneuvolan ja päiväkodin toiminnassa*

Hälsovårdare, rådgivningspsykologer, daghemspersonal samt cirkulerande specialbarnträdgårdslärare intervjuades med temaintervju. Resultatet visar att det mångprofessionella samarbetet mellan daghemmet och rådgivningen var litet och tillfälligt. Daghemmen ansåg att de tog mera kontakt till rådgivningen och de önskade att rådgivningen oftare skulle kontakta daghemmen.

Daghemmen ansåg att det var mera naturligt att göra samarbete med den cirkulerande barnträdgårdsläraren än med rådgivningen. Daghemmen kontaktade rådgivningen per telefon med föräldrarnas samtycke, då de upplevde att barnet hade något avvikande i utvecklingen, och bad familjen efteråt reservera tid hos rådgivningen. Feedbacken till daghemmen efter besöken, förmedlades med föräldrarna eller med föräldrarnas samtycke per telefon då det gällande remisser eller annat.

Gemensamma möten efter hälsogranskningen fanns inte. Endast ett daghem hade gemensamma palavrar, då det var frågan om svåra fall med barnskyddsfrågor. Samma daghem hade också samarbete efter femårsgranskningen vilket upplevdes värdefullt. Både personalen på daghemmen och rådgivningen ansåg att det fanns ett behov av att träffas efter fem års hälsogranskningen. Trots detta hade ingen förändring i saken gjorts fast det upplevdes som ett problem. Daghemmen och rådgivningen hade inte utvecklat några planer för förverkligandet av samarbetet eller för att stöda barnfamiljer samt inga gemensamma spelregler eller mål hade planerats. Det förekom inga gemensamma föräldrakvällar, temakvällar eller annan gruppverksamhet. "Viisikko" ansågs ändå som den viktigaste samarbetsmodellen mellan daghemmen och rådgivningen. Ibland förde barnträdgårdsläraren blanketten till rådgivningen vilket ansågs bra, eftersom daghemmets personal tyckte att de inte alltid fick nedskrivet vad de hade i tankarna. Familjearbeteamet samlade professionella inom området för att diskutera förebyggande familjearbete på allmän nivå. Både daghemmen och rådgivningen hämtade fram att det inte fanns tillräckligt med tid att göra samarbete. Ett annat problem var tystnadsplikten samt konfidentiella uppgifter. (Huovinen. 2004:52-80)

Utvecklingsbehoven var att hitta ett välfungerande samarbete vilket de ansåg att kräver egen aktivitet, att ta andra med, öppenhet, förtroende, flexibilitet, att värdera andras yrkeskunnande samt en konstruktiv växelverkan. Ett gott samarbete ansåg de att kräver personliga möten var de tillsammans kunde planera och göra upp gemensamma mål i stöddet av barnfamiljer. Också gemensamma palavrar där också föräldrarna kan delta önskades. Ett annat utvecklingsbehov var att utnyttja pågående utvecklingsprojekt samt att utveckla samarbetets innehåll och organiserandet av arbetet. Ett utvecklande av det mångprofessionella samarbetet önskades speciellt inom rehabilitering, ”viisikko” och inom olika grupper samt i informations- och rådgivningstillställningar. Det föreslogs skolning som behandlar växelverkan och kommunikation för att förbättra samarbetet. (Huovinen. 2004:52-80)

Okkonen. 2004. *Lapsen terveyskäsitäyksen lapsen terveyden yhteistoiminnalliseen edistämiseen*

I forskningen deltog 14 barn (5-6år), barnens mammor, daghemmets personal samt barnrådgivningens hälsovårdare. Forskningen behandlar samarbete på daghemmet.

Tillsammans med barnen och vuxna som arbetar med barn planerades en hälsofrämjande modell, vilket gjordes med hjälp av drama/lek där temat vänskap behandlades. Modellen aktiverade de vuxna att studera samt lyssna till barnens beskrivning av sin hälsa. Forskningen visar barnens mammans önskan att rådgivningen djupare skulle sätta sig in i barnets situation och att barnets egenvårdare skulle vara den samma. Mammorna upplevde att tiden inte räcker till under hälsogranskningen samt att barnet inte heller alltid är så villigt att göra uppgifterna. Mammorna önskade dessutom mera samarbete mellan människorna som arbetar med barnen. Experterna var av åsikten att femåringens uppföljningssystem skulle ändras helt. Som exempel föreslogs att när barnets utveckling följs upp i daghemmet, kunde hälsovårdaren eventuellt koncentrera hälsofrämjande diskussionen/rådgivningen på daghemmen eftersom gruppdiskussion visade sig vara ett fungerande informationsförmedlingssätt för barnen. (Okkonen. 2004:74-88)

Att se barnet i sin egen vardagsmiljö visade sig vara en mycket lyckad möjlighet. Genom att hälsovårdaren deltog i dramaleken ökade hälso-vårdarens förståelse för vad samarbetspartnern konkret hade berättat om barnets svårigheter. Att fungera tillsammans med barnen gav mera information om barnen, nya synvinklar av barnen och daghemmets verksamhet. Hälsovårdarens deltagande i barnets vardagsmiljö är till barnets fördel. Barnet fungerar olika i grupp än under hälsogranskningarna med föräldern och i grupp kan man observera bättre barnets styrkor och möjliga problem.

Information om verksamheten på daghemmet förbättrar också samarbetet mellan hälsovårdaren och föräldrarna och informationen kan utnyttjas i diskussionerna med föräldrarna. Samarbetet med alla vuxna som arbetar med barn ansågs också i fortsättningen viktig. (Okkonen. 2004:74-88)

Niemi. 2008. *Lastentarhanopettajien asiantuntijuuskokemuksia varhaiskasvatuspalveluiden ja neuvolatoiminnan välisestä moni ammatillisesta yhteistyöstä*

Syftet i arbetet är att utreda barnträdgårdslärares erfarenheter av det mångprofessionella samarbetet med rådgivningarna i Vanda och att utreda hur samarbetet kunde utvecklas. I resultatet kom fram att barnträdgårdslärarna upplever att de har en bred och omfattande helhetssyn på barnet samt att de har kunskaper i stöddandet av barnets tillväxt och utveckling i daghemmen och i samarbetet med rådgivningen. Barnträdgårdslärarna ansåg att ett fungerande mångprofessionellt samarbete kräver ett delande av bådasyrkeskunskaper, överenskommelser gällande mål och handlingar. Samarbete som att t.ex. finnas under samma tak, gemensamma middagar, kaffestunder mm önskades mera p.g.a. att detta ansågs skapa en positiv stämning samt att det förbättrar kontakten mellan daghemmen och rådgivningen. Hälsovårdarnas yrkeskunskaper värdesattes och som viktigt ansågs den kunskap som de kan hämta fram om familjerna. Diskussioner enskilt om barnen har upplevts som värdefulla. Feedback från en annan yrkesgrupp ansågs förstärka och utveckla yrkeskunskaper samt hjälper barnträdgårdslärarna att kunna stöda barnet på dagvården. (Niemi.2008:25-50)

Samarbetet med rådgivningen upplevdes huvudsakligen mycket positivt och det önskades att samarbetet ökas samt blir mera regelbundet. I forskningen kommer fram att familjen upplevs som viktig och den främsta samarbetspartner. Barntädgårdslärarna höll fem åringens hälsogranskning som en viktig del av vårderingen. Trots att informationsförmedlingen värderas som lyckad och den gemensamma uppfattningen av barnet kunskaper oftast är lika så fanns exempel där barntädgårdslärarna upplevde att deras kunskaper inte utnyttjades i rådgivningen. Det gemensamma målet har oftast hittats med hjälp av telefonkontakt och genom föräldrarna efter hälsogranskningen. Samarbetet ansågs kretsa endast kring skriftlig kommunikation. Det önskades regelbundet samarbete med rådgivningen redan i ett tidigare skede, regelbundna möten för att lära känna varandra bättre då tröskeln att ta kontakt också blir mindre. Gemensamma riktlinjer önskades. Ett av daghemmen och närrådgivningen hade som utvecklingsarbete att hålla en del av hälsogranskningen på daghemmet och detta upplevdes som behagligt för både barnen, familjerna och arbetstagarna.

Gemensamma skolningar ansågs viktiga samt att skapa gemensam konsultationspraxis.

Som samsarbetsmodell föreslås, hälsovårdarens deltagande i daghemmens föräldrakvällar t.ex. genom att förmedla information om hälsosam mat för barnen. Daghemmen kunde delta i rådgivningens förberedelsegrupper för föräldrar genom att t.ex. informera om olika former av daghem och om småbarnsfostran. Barntädgårdslärarna hämtade fram att för stor arbetsmängd och tidsbrist kan fungera som hinder för samsarbetet (Niemi.2008:25-50)

Honkanen. 2008. *Perheen riskiolot neuvolatyön kontekstissa – Näkökulmana mielenterveyden edistäminen*

Samarbetet med daghemmen beskrivs ofta av hälsovårdarna i deras svar i forskningen (fem åringens hälsogranskning, nätverksmöten, kontakten vid problem situationer). Hälsovårdarna beskrev samsarbetet med daghemmen som varierande, inom samma område fungerade samsarbetet mellan vissa daghem bra och mellan vissa inte alls. (Honkanen. 2008: 5-127)

Som bra samarbete beskrevs ett samarbete som tillsammans stöder föräldraskap och där daghemmen tar aktivt del i gruppverksamhet för små barns föräldrar. Utvecklingsbehov fanns gällande samarbetet med familjen och andra yrkesgrupper speciellt då svåra saker togs upp gällande familjen och barnet samt i det gemensamma stöddet av kraftresurserna. Hälsovårdarna ansåg att samarbetet mellan de olika yrkesgrupperna borde vara tätare än för tillfället d.v.s. oftare och kontakten borde ske också vid små behov, samt team- och nätverksmöten borde ske mera regelbundet med familjen. (Honkanen. 2008: 5-127)

Hakulinen-Viitanen & al. 2007. *Stakes rapport 21/2008.*

Denna rapport baserar sig på en utredning gällande den förebyggande hälsovårdsverksamheten för barn och unga på hälsocentralerna inom olika kommuner i hela Finland. Resultaten jämfördes med de nationella rekommendationer och med resultaten från den tidigare första forskningen i samma ämne år 2004. Resultaten visar en liten positiv utveckling jämfört med 2004. Totalt 16% av hälsovårdscentralerna hade upprättat ett nätverk av familjeservice eller en familjecentral och 33% av hälsocentralerna planerade dessa. I de omfattande hälsogranskningarna utnyttjades 79% daghemmets uttalande och 88% föräldrarnas uttalande i värdering av barnets psykosociala utveckling. Gemensamt bestämda praxis gällande samarbetet mellan daghemmen och barnrådgivningen var: inte alls 3%, läkare/hälsovårdare 41%, utvecklingsgruppen 10%, förmän 38%, ledningen 4%, kommunen. Resultatet visar att rådgivningsverksamheten bör öka stödet för barn och familjer samt mångprofessionellt stöd. Orsaken till de breda variationerna inom rådgivningsverksamheten är att det inte bestäms om gemensam praxis t.ex. i de omfattande hälsogranskningarna användes olika värderingsmetoder i värderingen av barnets neurologiska och psykosociala utveckling samt i värderingen av familjens välmående. I forskningen tas upp att för att kunna göra en noggrann och omfattande hälsogranskning behövs en yrkeskunnig personal samt tillräckligt med tid samt personal för hälsogranskningarna. (Hakulinen-Viitanen & al. 2007: 5-41)

Samlandet av servicen i form av familjeservicenätverk eller familjecenter hade påbörjats och det rekommenderades att dessa ännu utvecklas. Med mångprofessionellt samarbete är det möjligt att förstärka stödet för familjerna och ingripa i tid med stödet för barn och familjer med behov av specialstöd. (Hakulinen-Viitanen & al. 2007:5-41)

Nylén.2009. *Familjecentralen som gränsöverskridande team*

Nylén har studerat ett familjecenter i Sverige var teamet består av öppet daghem, mödra, barnrådgivnings och socialtjänsten. Nylén påpekar att för att kunna arbeta som ett team inom hälso- och sjukvården, behövs det kommunikation och brist på kommunikation, speciellt i gränsöverskridande team, fördröjer nödvändiga insatser och kan skapa dubbelarbete. Eftersom familjecentralen har olika aktörer inom vård, omsorg och social service i gemensamma lokaler, stimuleras samarbetet och barnfamiljer får en smidig tillgång till olika typer av råd och stöd. I Nyléns intervjuer framkommer det att personalen upplever att lokalen gör det lättare att hänvisa familjer vidare till någon annan yrkesgrupp om man inte själv har rätt kompetens. På familjecentret ordnas också gemensam verksamhet där två eller flera professionella tar del, vilket anses öka kvaliteten i verksamheten och stärka samarbetet mellan yrkesgrupperna. De olika professionerna har också veckomöten där teammedlemmarna upplever att de kan ta upp specifika familjers problem och tillsammans diskutera lämpliga insatser, de får både konsultation och erfarenhetsutbyte. Vissa problem fanns också inom teamet som t.ex. att barnmorskan upplevde att teamarbetet ibland tog lite för mycket av hennes eget arbete.

(Nylén.2009:75- 97)

Linskog.2009. *Att lära med, av och om varandra*

Linskog beskriver i en artikel sex olika saker som man behöver lära sig för att bli en bra samarbetare. Den första är en attitydförändring och utveckling av motivation för samarbete.

(Linskog. 2009: 109-115)

För ett fungerande samarbete skall attityderna naturligtvis vara positiva så att deltagarna kan lära av varandra samt teammedlemmarna bör ha en vilja att samarbeta och då underlättas lärandet.

För en attitydförändring skall alla deltagare se skillnader och likheter i teamet samt se varandra som representanter för sin egen grupp. Den andra är utvecklandet av gemensam kunskap och kompetens, som betyder att teammedlemmarna skall ha förståelse för varandras kunskap.

Den tredje är utvecklandet av den egna specifika kompetensen och förståelse för hur denna relaterar till helheten. Linskog skriver att lika viktigt som det är att veta vad teammedlemmarna har för gemensam kunskap, är att veta vilken kunskap som är specifikt viktig för det egna yrket. Då är det lättare att veta när det finns särskilt behov för samarbete och teammedlemmen får en tydlig bild av sin roll i gruppen. Den fjärde är ökad kunskap om varandra och om de olika specialiteternas relation till helheten. Det betyder att man bör kunna se att den egna professionen vet mera om en viss sak än den andra. Det gäller också att kategorisera/stereotypisera de andra yrken så att man vet vad som de är bättre på. När man skapar förenklade bilder av andra yrken, leder det ofta till konflikt.

För att undvika det, krävs det ömsesidigt överenskommen kategorisering. Den femte handlar om samarbetskompetens d.v.s. förmågan för själva samarbetet. Till det krävs det kommunikation, man skall kunna lyssna och förklara, man skall kunna hantera olikheter och konflikter samt anpassa sig efter förändringar.

Den sjätte handlar om utvecklande av gemensamma mål och värden. Linskog menar att teammedlemmarna skall veta och förstå varandras etiska värdegrund för att kunna arbeta tillsammans.

Eftersom värden kan vara samma och olika, måst man kunna diskutera och komma överens om gemensamma spelregler för att undvika konflikter samt för att åstadkomma ett gott samarbete.

(Linskog. 2009: 109-115)

Sandberg.2009. *Det godaste teamet*

Utifrån forskningen beskriver Sandberg vad ett gott team är. Sandberg anser att för ett gott samarbete behövs det god kompetens både professionellt och socialt. Sandberg talar om synergi, arbetsklimat och olika kommunikativa mönster som medel för att förstärka teamet. Med synergi menar han den positiva följden av lyckad kommunikation i teamet. Det betyder att kommunikationen i teamet är öppen, kreativ och likvärd så att teamet lättare löser sina problem. Möjligheterna till en god kommunikation kräver att det finns tid, plats och uppmuntran. Kommunikation kan också förstöra synergin i teamet. Då det blir för mycket kommunikation om betydelselösa saker, blir det poänglöst att arbeta tillsammans. För ett gott resultat av teamets arbete behöver det finnas ett bra arbetsklimat.

Grunden för arbetsklimatet ligger i kommunikationen. Ett bra arbetsklimat är väldigt viktig för arbetet och resultaten i teamet. Sandberg går i sin artikel närmare in på två olika kommunikativa mönster. (Sandberg.2009)

Kontio 2010. *Moniammatillinen yhteistyö*

I denna rapport som hör till Tukeya-Hanke skriver Kontio om multiprofessionellt samarbete.

Kontio beskriver närmare Junttila och Okkonens undersökning i denna rapport. De har skrivit en progradu inom multiprofessionellt samarbete mellan människor som jobbar med 0-8 åringar.

I deras undersökning kommer det fram att det sällan sker någon utveckling då situationen anses vara bra och fungerande. Det krävs konstant öppenhet och motivation av arbetstagarna för att det skall ske omfattande utveckling. Det hittas också lättare nya synvinklar på eventuella problem samt arbetsredskap när någon utifrån kommer in med sin synpunkt. I multiprofessionellt arbete kan aktörer lättare se sin betydelse och sitt värde i teamet och ger en möjlighet för delat ansvar. I rapporten tas det också upp Oksanens (2002) undersökning där det påstås att olika samsarbetsformer hjälper att förstå barnfamiljers vardag. Kontio skriver att det även finns utmaningar i multi-professionellt arbete.

(Kontio. 2010:17-19)

Det kan hända att interaktionen och informationsförande inte fungerar eller sedan kan det vara fast på tidsbrist. För att uppnå ett fungerande multiprofessionellt team måste dess medlemmar vara engagerade, ge stöd åt varandra, ha klara mål och bilda en positiv miljö där alla känner sig som en värdefull medlem i teamet. Eftersom människan ofta har mångfaldiga problem är det alltid till nytta för henne att olika resurser slås ihop och samarbetar mot ett gemensamt mål för individen.

(Kontio. 2010:17-19)

Pilotprojekt 2011

I detta pilotprojekt studerades Hyve modellens styrkor inom småbarnsfostran. Pilotprojektet är utfört i Esbo, Helsingfors och Vanda. Det framkom att information som ges på förhand underlättar förberedelse, sparar tid, förstärker den egna uppfattningen och ökar undersökningens tillförlitlighet.

Det framkom att med hyve-4 modellen får hälsovårdaren tillgång till värdefull information av barnets dagliga verksamhet. Den förstärker också samarbetet, säkrar dataöverföring samt stöder barnets uppföljning och stöd.

(Esbo stad. 2011. Fortbildningen för personalen vid rådgivningsbyråerna och daghem)

Pilotprojekt 2011

Hyve modellens styrkor framkommer ur ett pilotprojekt i Esbo, Helsingfors och Vanda från daghemmets och rådgivningens synvinkel. Det framkom att det är lättare att ta upp frågor under hälsogranskningen då de redan diskuterats i dagvården. Det mångprofessionella samarbetet blir synligt även för föräldrarna samt barnets utveckling granskas mångsidigt med hänsyn till hela familjen.

(Esbo stad. 2011. Fortbildningen för personalen vid rådgivningsbyråer och daghem)

Pilotprojekt 2011

Ett pilotprojekt i Esboviken studerade hur föräldrarna beskriver Hyve-4 modellen styrkor.

Föräldrarna ansåg att stommen för fostringssamtalet är nyttig och att uppfattningen av barnet blir mångsidigare. De ansåg att det är nyttigt för dagvården att veta om barnets hälsa och utveckling för att barnet skall få bästa möjliga bemötande och stöd. Hyve modellen ansåg att beaktar bättre hela familjen. (Esbo stad. 2011. Fortbildningen för personalen vid rådgivningsbyråerna och daghem)

Wiss et al. 2012. *Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2011.* Asetuksen (338/2011) toimeenpano seuranta ja valvonta. THL rapport 71/2012.

I denna rapport beskrivs under året 2012 hälsocentralernas förverkligandet av rådgivningens samt skol- och studerande hälsovården enligt kraven som hälsovårdslagen (1326/2010) och förordningen (338/2011) ställer. Som resultat framkom att av de omfattande hälsogranskningarna i barn rådgivningen genomfördes 88% (4mån), 87% (18mån) och 88% (4 år). Enligt statistiken finns brister i fråga om att verkställa de riksomfattande rekommendationerna för personaldimensionering, särskilt när det gäller läkarresurser. De hälsovårdscentraler som levde upp till rekommendationerna om antalet läkare inom barn rådgivningen var 20%. Inom barn rådgivningen förverkligas de omfattande hälsovårdgranskningarna trots att 55% av hälsocentralerna inte uppfyllde rekommenderade antalet hälsovårdare och 66% uppfyllde inte rekommenderade antalet läkare. (Wiss et al. 2012: 4-25)

Samarbetsmodellerna Kehu och Hyve-4 har enligt tidigare forskningar och källor utvecklat det mångprofessionella samarbetet och de ansågs av daghemmen, hälsovårdarna och föräldrarna som de viktigaste samarbetsmodellerna mellan daghemmen och rådgivningen. Fungerande samarbete beskrivs mest då kehu/”viisikko” och Hyve-4 pilotstudierna behandlas i tidigare forskningar och källor.

Ett utnyttjande av varandras yrkeskunskaper sker med hjälp av informationsförmedlingsblanketterna samt då daghemmen och hälsovårdarna kontakter varandra per telefon då oro finns för barnet.

Föräldrarna fungerade oftast som informationsförmedlare mellan daghemmen och rådgivningarna. Feedback från varandra ansågs förstärka och utveckla bådasyrkeskunskaper samt stöder planerandet av stödbehovet för barnet.

Det framkommer i tidigare forskningarna att personlig kontakt upplevdes som positivt t.ex. hälsovårdarnas besök på daghemmen samt då barnträdgårdsläraren besökte rådgivningen. Hälsovårdarna upplevde att de fick bredare information om barnen då de fungerade tillsammans med barnen på daghemmen. Niemis (2008) forskning ger också bra exempel på personlig kontakt d.v.s. ett utvecklingsarbete där hälsovårdaren höll en del av hälsogranskningen på daghemmet. Detta upplevdes behagligt för både barnen, familjerna och arbetstagarna.

Det framkommer också brister i samarbetet mellan daghemmen och rådgivningen t.ex. Huoviniens (2004) forskningsresultat visar att det mångprofessionella samarbetet mellan daghemmet och rådgivningen var litet och tillfälligt. Brister visade sig vara i utvecklandet av gemensamma planer, gemensamma spelregler eller mål samt i förverkligandet av samarbetet (för att stöda barnfamiljerna). Det förekom inga gemensamma möten, föräldrakvällar, temakvällar eller annan gruppverksamhet. Mycket lite kontakt förekom efter hälsogranskningarna och då endast vid svårare fall.

Hälsovårdaren deltog inte heller i familjerådgivningens palaver. Brister fanns också i organiserandet av samarbetet och i informationsförmedlingen. Arbetarna kände inte igen den andras yrkeskunskaper och Huovinen (2004) beskriver att daghemmen ansåg att det var mera naturligt att göra samarbete med den cirkulerande barnträdgårdsläraren än med rådgivningen.

Tystnadsplikten samt konfidentiella uppgifter ansågs försvåra samarbetet. Tidsbrist och personalbrist tas upp i flera av de tidigare forskningarna och litteraturkällor. Daghemmen, hälsovårdarna samt föräldrarna upplevde tidsbristen som ett hinder i samarbetet.

Familjen upplevdes som viktig och den främsta samarbetspartner. Föräldrarnas behov av samarbete tas upp i tidigare forskningarna t.ex. de önskade från rådgivningens sida att rådgivningen skulle sätta sig djupare in i barnets förhållanden, barnets egenvårdare skulle vara den samma, samt att de skulle förekomma mera samarbete mellan människorna som arbetar med barnen.

Välfungerande samarbete och regelbundna möten önskades för att tillsammans planera och göra upp gemensamma mål samt skapa gemensam konsultationspraxis. Också regelbundna team och nätverksmöten önskades samt ett utnyttjade av varandras yrkeskunskaper också i annan gruppverksamhet. Personlig kontakt önskades oftare också efter hälsogranskningarna. Gemensamma skolningar ansågs viktiga och det önskades en förbättring av samarbetet genom skolning som behandlar växelverkan och kommunikation.

Att finnas under samma tak, gemensamma middagar och kaffestunder ansågs förbättra kontakten mellan daghemmen och rådgivningen samt skapa en positiv stämning.

Det rekommenderades att barnets utveckling följs upp också på daghemmen samt att hälsovårdaren kunde koncentrera hälsofrämjande diskussionen/rådgivning också på daghemmen.

Som samarbetsmodell föreslogs att hälsovårdaren deltar i daghemmens föräldrakvällar t.ex. genom att förmedla information om hälsosam mat för barnen. Det föreslogs också att daghemmen kunde delta i rådgivningens förberedelsegrupper för föräldrar genom att t.ex. informera om olika former av daghem och om småbarnsfostran.

Flera forskningar och litteratur behandlar multiprofessionellt team t.ex. Kontio (2010) beskriver att för ett fungerande multiprofessionellt teamarbete måste medlemmarna vara engagerade, ge stöd åt varandra, ha klara mål och bilda en positiv miljö där alla känner sig som värdefulla medlemmar i teamet. Linskog (2009) beskriver att för att bli en bra samarbetare krävs positiv attityd och utvecklande av motivation för samarbete och Sandberg 2009 talar om synergi som den positiva följden av lyckad kommunikation i teamet.

Familjecentralen visar sig enligt forskningarna och litteratur att har en positiv påverkan på samarbetet. Det kan ses i Stakes rapport 21/2008 att det redan har upprättats nätverk av familjeservice eller familjecentraler.

3 PROBLEMFORMULERING, SYFTE, FRÅGESTÄLLNING OCH BE-GRÄNSNING

Samarbetet mellan daghemmen och rådgivningarna upplevs ibland problematisk och ickefungerande. Esbo stad svenska enheten har beställt denna studie och önskar att en utredning görs av samarbetet mellan daghemmen och rådgivningarna.

Syftet med detta arbete att utreda samarbetet mellan daghemmen och barn rådgivningarna i Esbo.

Frågeställningarna är:

1. Hur fungerar samarbetet mellan daghemmen och rådgivningen?
2. Hur kunde samarbetet utvecklas mellan daghemmen och rådgivningen?

Samarbetet berör de svenskspråkiga barnen, hälsovårdare och daghemmen. Studien begränsar sig till de kommunala daghemmen och barnrådgivningarna i Esbo. Samarbetet kartläggs ur hälsovårdarnas synvinkel. Samtidigt gör socionom studerande Camilla Laitinen ett examensarbete, där en utredning görs av samarbetet mellan daghemmen och barn rådgivningarna ur barnträdgårdslärares synvinkel. För att inte studien blir allt för bred begränsar sig samarbetet till den omfattande hälsogranskningen (1,5 och 4 åringen).

4 TEORETISK REFERENSRAM

I denna studie används som teoretisk referensram Annaleena Airas forskning (progradu) *Toimiva yhteistyö – Työelemän vuorovaikutussuhteet, tiimit ja verkostot*. Eftersom Aira beskriver omfattande samarbete samt behandlar också utspritt samarbete, valdes hennes forskning som teoretisk referensram i denna studie. Samarbetet mellan daghemmen och rådgivningen är också oftast ett mera utspritt samarbete. Resultatet och svaren på frågeställningarna har Aira (2012) delat upp i det komplexa samarbetet, det fungerande samarbetet och hur samarbetet kunde utvecklas.

Komplexa samarbetet

Samarbete syftar till att uppfylla mål

Vilket som helst görande utan mål är inte samarbete. Samarbete kan starta från många olika mål som t.ex. att skapa något nytt eller att lösa något problem. Att bestämma gemensamma mål kan vara mycket krävande. Samarbete som sker under längre tid och där samarbetet är komplext kräver en större växelverkan mellan parterna för att kunna bestämma målen, att hitta samarbetet samt till att utveckla gemensam betydelse.

Samarbete förutsätter en insats av samarbetsparterna

Samarbete förverkligas inte även om samarbetsstrukturen skulle vara bra uppbyggt om det inte görs en insats av samarbetsparterna. Då samarbetet inte uppfylls aktivt hålls samarbetsstrukturen som tomma strukturer och samarbetets synergi förverkligas inte. (Aira. 2012:146-151)

Fungerande samarbete

Fungerande samarbetet behöver ett uppbyggande av ett förtroende

Förtroendet mellan samarbetsparterna är av central betydelse för ett fungerande samarbete.

Ett förtroende byggs främst upp av växelverkan mellan personer också inom team och nätverk.

Inom team och nätverk kan det i början förekomma ”snabbförtroende” som med tiden och erfarenhet blir till växelverkan. ”Snabbförtroende” är skört men nödvändigt för uppbyggandet av ett samarbete.

Om ett förtroende inte uppnåtts i början av samarbetet börjar parterna undvika växelverkan och ensamma göra arbetet istället för samarbete. Tvister och problemsituationer kan orsaka ett försvagat förtroende. Planerandet av delmål, mellanvärderingar och jämlikt förhandlande om lösningar ser ut att öka samarbetet mellan parterna. I samarbeten som varar längre betonas det förtroende, andra parternas yrkeskunskap samt sakkunskap. Ett förtroende sätts på prov vid personombyten.

Ett förtroende byggs upp av regelbunden och betydelsefull växelverkan mellan parterna. Detta gäller växelverkan som personlig eller teknologisk kommunikation. Det är viktigt att skapa tillräckliga möjligheter för växelverkan så att ett förtroende kan uppbyggas.

Ett fungerande samarbete förutsätter ett skapande av samarbetspraxis

Samarbetsprocess innebär ett förhandlande om samarbetets tillvägagångssätt, om ansvar och delande av resultat. De kommunikations praxis som formas i teamen styr t.ex. vad som diskuteras, när kontakt skall hållas, vilka kommunikationsmedel som används, hur saker diskuteras samt hur snabbt det bör svaras på meddelanden. Det är viktigt att inse betydelsen av kommunikationen i team som en central del av ens arbete, samt i uppfyllandet av mål. Ifall detta inte förstås, kan kontakten till andra teampersoner bli i skugga av allt annat arbete som upplevs vara mera viktigt. (Aira. 2012:146-151)

Ett fungerande samarbete i ett utspritt samarbete förutsätter ett effektivt utnyttjande av den teknologiska kommunikationen

I ett utspritt arbete har samarbetet sällan en tidsbegränsning eller krav på mängden av samarbetet vilket kan leda till att kontakten till samarbetsparterna minskar vid för stor arbetsmängd. Det bör reserveras tid till samarbete. Ifall det inte finns tillräcklig kontakt, arbetar samarbetsparterna i praktiken skilt från varandra och samarbetssynergiförmåner uppnås ej. För att mer effektivt kunna utnyttja teknologisk kommunikation i arbetet krävs att man bemöter och handtar de utmaningar det medför. Individens sätt att arbeta, kunskaper och motivation påverkar hur teknologisk kommunikation används. Samarbetsviljan samt kunskap till samarbete bör hittas hos människan själv.

Ifall människan inte ser samarbete som viktigt och inte arrangerar tillräckligt tid i sitt arbete för samarbetet blir lätt samarbetsmålen ouppfyllda. Ett utnyttjande av teknologisk kommunikation kräver att det hittas goda funktionsmodeller samt ett kombinerande av teknologisk och personlig kommunikation.

Ett fungerande samarbete förutsätter ett utnyttjande av olikheter

Att komma till gemensamma slutsatser är inte alltid lätt p.g.a. samarbetsparternas olika förväntningar. Samtidigt kan samarbetsparternas olikhet ge stort värde inom nätverket.

För att ett utnyttjande av olikheter lyckas bör gemensamma mål utvecklas. Detta förutsätter kontinuerlig växelverkan samt att oenigheter behandlas på ett konstruktivt sätt.

Ett fungerande samarbete förutsätter en växelverkan som upprätthålls

Ett fungerande samarbetet förutsätter en växelverkan som främjar utvecklandet och formandet av samarbetet. Att kontakta ett annat team i syfte att lösa ett problem kan vara relevant för upprätthållandet av samarbetet. Teknologisk kommunikation ger möjlighet till tätt samarbete och förverkligar upprätthållandet av växelverkan samt gör utspritt samarbete möjlig. (Aira. 2012:146-151)

Ett utspritt arbete förutsätter ett aktivt förhållningssätt i upprätthållandet av samarbetet så att en tillräckligt tät, komplex samt betydelsefull växelverkan är möjlig.

Ett fungerande samarbete förutsätter ett teamformande

Ett fungerande samarbete förutsätter ett teamformande som är effektivt och som fokuserar på sin uppgift. Det kräver tid att forma ett team. Det effektiva stadiet nås först när teamet har formats. Gamla strukturer visar sig förlångsamma anpassandet till nya funktionsmodeller samt startandet av samarbetet. Nya strukturer börjar inte fungera av sig själva, utan förutsätter en kommunikation och ett gemensamt formande av betydelser mellan teammedlemmarna. Teammedlemmarna bör förhandla om vad den nya modellen innebär för teamet och hur de kan kombinera gamla och nya strukturer. Teammedlemmarna kan främja teamformandet med ett aktivt planerande där det bestäms om teamets praxis gällande växelverkan, roller och normer. En oregelbunden och tillfällig växelverkan visar sig göra team formandet mera långsamt.

Ett fungerande samarbete förutsätter ett balanserande mellan närhet och avstånd

Den optimala medelvägen för samarbetet förutsätter en kontroll i balanserande mellan närhet och avstånd så att en social medelväg förverkligas som motsvarar båda parterns önskemål. Ett avlägset samarbete kan försvåra kommunikation vilket naturligt minskar möjligheten för samarbete. I ett nära samarbete byts komplex information, idéer byts, det ges och fås stöd och problem löses.

Ett ”beroende” betyder att parterna är beroende av varandra, de andras görande har betydelse och påverkar. Ju närmare förhållandet är desto starkare blir beroendet.

(Aira. 2012:146-151)

Hur kunde samarbetet utvecklas?

Samarbetsparternas inställning till samarbetet är av central betydelse i ett fungerande samarbete.

Det skulle vara nyttigt för samarbetsparterna att fundera över vad som är meningen med samarbetet och vilken nytta som fås av det i det egna arbetet. Då samarbetsparterna i början lägger vikt vid utvecklandet av samarbetet stöder detta också formandet av team samt nätverk. Kunskaper i samarbete kan förbättras genom att utveckla kunskaperna i växelverkan med t.ex. skolning.

När det inom teamet bestäms gemensamt om arbetsfördelningen, ger gemensamt ansvar och uppgifter möjlighet till utvecklandet av samarbetet. I ett utspritt samarbete är det bra att erbjuda samarbetsparterna färdigt valda, uttänkta samt testade kommunikationsmedel p.g.a. att då behöver de inte använda sin tid till att välja och kartlägga dessa. (Aira. 2012:146-151)

5 METOD

I detta kapitel presenteras datainsamlings- och dataanalysmetoden.

5.1 Datainsamlingsmetod

Den kvalitativa intervjumetoden har valts i denna studie som datainsamlingsmetod. Metoden valdes p.g.a. att den passar bra till en studie där data fås av ett fåtal informanter. Yin beskriver att kvalitativ forskning får människan att säga vad de har på hjärtat utan att begränsas av exempelvis en forskares på förhand uppgjorda frågeformulär (Yin.2013: 19-20). Som datainsamlingsmetod används den kvalitativa intervju metoden med temaprotokoll och öppna frågor. Fyra hälsovårdare intervjuas i en fokusgrupp. Jacobsen beskriver gruppintervjun som något som kan vara mycket effektiva för att få fram och tydliggöra den enskilda individens erfarenheter. Han skriver att med andra som befinner sig i samma situation får deltagarna perspektiv på saker och ting och de skapar mening medan processen pågår (Jacobsen 2007:94). Jacobsen beskriver närmare intervju metoden med öppna intervjufrågorna som kan slutas något genom att man sammanställer en temalista eller genom att lägga in några frågor (Jacobsen. 2007: 48). I denna studie strävar man till enligt vad Svensson beskriver, att med öppna frågor upptäcka företeelser, egenskaper eller innebörd. Frågorna till en början är så öppna som möjligt samtidigt som intervjuaren fokuserar dem. (Svensson et al.1996: 56-63)

Under intervjun användes bandinspelning samtidigt som intervjuaren gjorde anteckningar.

Intervjun hölls i en miljö som var naturlig för informanterna och den hölls efter ett team möte.

Informanterna fick delta i intervjun under sin arbetstid vilket de var glada över. Alla hälsovårdare som deltog i teammötet ville gärna delta i intervjun. Stämningen var avslappnad. Det skapades redan tidigare ett öppet informationsbyte mellan intervjuaren och informanterna under team mötet.

I början av intervjun presenterades vilket projekt det är frågan om, rubrik, syfte mm.

Hälsovårdarna visste redan vad intervjun handlade om p.g.a. att det fått informationsbrevet per e-post före intervjun, se bilaga 2. Intervjuaren skrev till en början ner längre meningar och fort kändes de mera naturligt att istället skriva ner stöd punkter. Då kunde intervjuaren bättre koncentrera sig på informanterna samt studera närmare kroppsspråke. Frågorna ställdes enligt temaprotokollet. För att gräva ännu djupare i ämnet ställdes vid behov tilläggsfrågor. Intervjuaren tog ett mellanting mellan passiv och aktiv roll. Den passiva rollen med att lyssna och visa med att nicka eller humma bekräftelse och låta gruppen diskutera då temat behandlades. Och den aktiva rollen då ämnet spårade ur eller då några pratade mera än andra. Alla fick säga sina svar. Intervjun räckte 1.5t.

5.2 Data-analysmetod

I denna studie används den induktiva innehållsanalysen som dataanalysmetod enligt Jacobsen och Yin. Jacobsen beskriver att i den induktiva dataanalysen delas innehållsanalysen upp i bestämda faser d.v.s. i kategorisering, i att fylla kategorierna med innehåll (illustrera dem med hjälp av citat), i att räkna hur ofta ett tema eller en problemställning nämns, i att jämföra intervjuerna och söka efter skillnader och likheter, samt att i att söka förklaringar till skillnader. (Jacobsen. 2011: 140)

Yin beskriver också den induktiva metoden vilken tenderar att låta data leda till begrepp.

Begreppen kan vara nya i litteraturen eller begreppen kan passa bra ihop med välutvecklad och beprövad litteratur. Yin beskriver att framgångsrik induktiv hållning låter händelserna på fältet driva den senare utvecklingen av kategorier, teser och slutligen innebörden utifrån vad som händer på fältet och inte utifrån förutfattade meningar. (Yin. 2013: 97, 127) Hur kategorierna i denna studie formades beskrivs närmare i resultat delen.

6 MATERIAL

I detta kapitel presenteras närmare informanterna och materialet.

6.1 Informantbeskrivning

Hälsovårdarna som intervjuats arbetar inom barnrådgivningen i Esbo (Esboviken, Alberga, Esbo centrum, Hagalund-Olars-Mattby). Eftersom syftet med arbetet är att utreda samarbetet mellan daghemmen och barn rådgivningarna inom svenska enheten valdes hälsovårdare som har mest svenskspråkiga barn som kunder. Fyra stycken hälsovårdare intervjuades. Hälsovårdarna är i åldern 40-60 och de har arbetat inom barnrådgivningen mellan 7-30 år. Alla hälsovårdare känner varandra från förut och de har uppehållit kontakten i och med team möten.

6.2 Presentation av materialet

Materialet inkluderar data som behandlar endast samarbetet mellan daghemmen och barn rådgivningarna. En del måste gallras bort under renskrivningen d.v.s. material som inte gällde samarbetet som t.ex. diskussioner som spårade ur ämnet. Eftersom den omfattande hälsogranskningen inkluderar också samarbetet mellan föräldrarna och samarbetet mellan läkaren har jag valt att också ta med data som behandlar dessa. Intervjun räckte 1,5t. Bandinspelningen lyckades och renskrivningen gjordes samma kväll efter intervjun. Materialet bestod av 12 sidor handskriven text och efter bearbetning där allt som inte gällde samarbetet gallrats bort, bestod materialet av 4-5 sidor handskriven text.

När detta skrevs med brödtext 12 blev det 4 sidor text.

7 RESULTAT

I följande delkapitel presenteras resultatet av den induktiva innehållsanalysen och resultatet i förhållande till den teoretiska referensramen.

7.1 Resultat av induktiv innehållsanalys

När svaren till min första fråga Hur samarbetet fungerar mellan daghemmen och rådgivningen analyserades, bildades kategorierna *fungerande samarbete* och *ickefungerande samarbete*.

Efter att svaren analyserades närmare, formades underkategorier.

Underkategorierna består av:

Informationsförmedlings blanketter samt hyve-4, e-post eller brevpост, telefonkontakt, besök på daghem "personlig kontakt", gemensamma möten och team möten, skolning, gemensam samarbetspraxis, samarbete med föräldrarna och samarbete med läkaren.

Informationsförmedlings blanketter samt hyve-4

Det framkommer i svaren att Beskrivning av barnet i daghemmet används som informationsförmedling mellan daghemmen och rådgivningen. Denna skickas då större oro för barnet förekommer:

"beskrivning av barnet i dagvården kommer endast då något större problem gäller barnet"

"det kommer vid större problem t.ex. ätproblem eller språkproblem beskrivning av barnet i dagvården"

Det framkommer i svaren att hälsovårdaren utnyttjar informationsförmedlingsblanketten:

”Alltid när det kommer en Beskrivning av barnet i daghemmet till rådgivningen svarar jag med att ifylla blanketten och skickar den tillbaka”

”Ifall föräldrarna beskriver att daghemmet upplever något avvikande hos barnet men ingen beskrivning av barnet finns, utskriver jag blanketten och ber föräldrarna att ge den till daghemmet...”

Det framkommer i svaren att informationförmedlingsblanketten skickas till daghemmen efter läkargranskningen:

”oftast skickas hyve-4 informationsförmedlingsblanketten först efter läkargranskningen, vilket kan vara efter 1-2 månader”

Det framkommer i svaren att informationsförmedlingsblanketterna inte utnyttjas vid 1.5 års hälso-
granskningen:

”nästan aldrig kommer det någon beskrivning av barnet i daghemmen detta kan bero på att barnen är oftast hemma ännu då”

Det framkommer i svaren att hyve-4 programmet stöder samarbetet och att hyve-4 informationsförmedlingsblanketten skickas:

”Hyve -4 blanketten skickas ofta från daghemmen” ”hyve-4 tas på allvar”

”hyve-4 blanketten är bra ifyllda” ”Hyve-4 stöder samarbetet”

”Jag fyller alltid i hyve-4 informationsblanketten”

Det framkommer i svaren att hyve-4 blanketterna är ibland dåligt ifyllda eller att dessa inte skickas i tid till hälsogranskningen:

”ibland är hyve-4 informationsblanketterna dåligt ifyllda”

”ibland har hyve-4 informationsblanketterna kommit med föräldrarna och det är svårt att hinna läsa den under hälsogranskningen”

I detta svar framkommer det hur viktiga informationsförmedlingsblanketterna och hyve-4 programmet upplevs:

”ifall inte beskrivning av barnet i dagvården eller hyve-4 programmet skulle finnas, skulle inget samarbete finnas mellan daghemmen och rådgivningen”

E-post och brevpост

Det framkommer i de flesta svaren att informationsförmedlingsblanketterna skickas oftast med brevpост, men också e-post samt föräldrarna används som informationsförmedlare.

”ibland kommer hyve-4 informationsblanketten som e-post... det fungerar bra men om man är längre tid borta från arbetet... så hinner de inte med till läkargranskningen”

Telefonkontakt

I följande svar framkommer att samarbetet fungerar med telefonkontakt då någon oro upplevs för barnet:

”Jag ringer upp daghemmet då det kommer något större problem gällande barnets utveckling”

”ibland får jag ringbud från daghemmen”

Det framkommer att båda parterna kontaktar varandra per telefon då informationsblanketten inte hunnit i tid:

”någon gång har daghemmet ringt ifall hyve-4 informationsblanketten inte hinner i tid till rådgivningen och de haft något de vill beskriva närmare”

Några hälsovårdare kontaktade daghemmen per telefon då de ville diskutera besök på daghem:

”det är bara att ringa daghemmen oftare och bestämma träff...”

Det framkommer också i svaren att inte telefonkontakten utnyttjas:

”jag ringer nästan aldrig daghemmet efter 1,5 års granskning”

Besök på daghem ”personlig kontakt”

I följande svar framkommer det att en del besök på daghem görs och att dessa upplevs som positiva av både rådgivningen och daghemmen (två hälsovårdare hade gjort besök på daghemmen):

”jag har besökt några daghem och de har alltid upplevt det som positivt”

”jag har besökt flera daghem och när jag nämner det åt chefen upplever hon det som positivt”

Det framkom i svaren att besök på daghemmen inte görs efter hälsogranskningen:

”efter hälsogranskningarna besöker inte hälsovårdaren daghemmen, det är mera talterapeuterna, psykologerna... som besöker daghemmen”

Gemensamma möten och team möten

Det framkommer i svaren att få gemensamma möten eller team möten förekommer:

”tidigare fungerade hälsovårdaren som sekreterare i rehabiliteringsmötena och nu deltar hälsovårdaren inte i mötena tills nya modeller utvecklats”

”det finns inga gemensamma möten”

Gemensam samarbetspraxis

Ett välfungerande samarbetspraxis framkommer i svaren:

”Alltid när det kommer en beskrivning av barnet i daghemmet till rådgivningen svarar jag med att ifylla blanketten och skickar den tillbaka”

”hyve-4 blanketten är bra ifyllda” ”hyve-4 tas på allvar”

Svaren visar att det framkommer också brister gällande samarbetspraxis t.ex. att Beskrivning av barnet sällan skickas till 1,5 års granskningen:

”det är överenskommet med svenska daghem om att de borde skicka beskrivning av barnet i dagvården, men den kommer sällan”

”det finns inget samarbete” ”efter hälsogranskningen blir det tomt”(gällde 1,5 års granskning)

”ibland har hyve-4 informationsblanketten kommit med föräldrarna och det är svårt att hinna läsa den under hälsogranskningen”

Det framkommer i detta svar att tidsbrist påverkar samarbetet:

”tiden räcker ibland inte till för samarbete”

I detta svar framkommer att barnens resurser inte alltid stöds då allt är bra:

”samarbetet fungerar endast då barnet har något avvikande”

Eftersom det framkom i flera svar att få gemensamma möten eller teammöten förekommer samt besök på daghem görs sällan, kan detta tolkas som att mycket lite samarbetspraxis förekommer:

”det finns inga gemensamma möten”

Det beskrevs ofta hur samarbetet fungerar bättre mellan de finska daghemmen. Eventuellt kunde något av deras samarbetspraxis tas i bruk inom svenska enheten.

”på finska sidan bjöd daghemmen hälsovårdaren till gemensamma möten var det diskuterades samarbetet, kehu och man gick igenom förskolebarnen”

”jag har fått inbjudan till daghemmets egen rehabiliteringsgrupp från finska daghemmen, på svenska sidan finns inget sådant”

”beskrivning av barnet i dagvården brukar skickas mycket oftare från finska daghem”

Skolning

Gemensam skolning beskrevs av en hälsovårdare:

”daghemmen har skärpt sig med hyve-4 blanketterna, de vet vad det betyder... det beror säkert på skolning”

Samarbete med föräldrarna

Eftersom de omfattande hälsogranskningarna också består av samarbete mellan föräldrarna har dessa svar också analyserats. Samarbetet mellan daghemmen och rådgivningarna påverkas också av hur samarbetet fungerar mellan föräldrarna. Det framkommer ur svaren att föräldrarna fungerar som informationsförmedlare:

”utskriver jag blanketten och ber föräldrarna att ge den till daghemmet...”

”föräldrarna fungerar som informationsförmedlare”

”föräldrarna berättar att de har fått bra med information från daghemmen gällande uppfostran”

”ibland beskriver föräldrarna att de är av olika åsikter om något med daghemmets personal”

Samarbete med läkare

Eftersom de omfattande hälsogranskningarna handlar också om samarbete med läkaren har dessa svar också analyserats. En hälsovårdare beskriver att samarbetet fungerar:

”jag upplever att hälsovårdaren alltid beskriver barnen som skall till läkargranskningen läkaren tar också oftast kontakt efter läkargranskningen”

I svaren framkommer det att samarbetet fungerar sällan mellan barnets egenvårdare och läkaren:

”barnets egen hälsovårdare beskriver sällan barnet för läkaren före läkargranskningen”

”barnets egen hälsovårdare och läkaren möts sällan efter omfattande hälsogranskningen”

”jag upplever att det inte är någon omfattande hälsogranskning p.g.a. att kontakten mellan barnets egen hälsovårdare och läkare inte fungerar”

I ett av svaren upplever hälsovårdaren att läkaren tar sällan kontakt efter läkargranskningen:

”läkaren tar sällan kontakt efter läkargranskningen”

Det framkommer i detta svar att läkaren anser den omfattande hälsogranskningen viktig:

”en läkare går inte med på att göra omfattande läkargranskning då hyve-4 blanketten fattas”

Det framkom att läkaren inte ibland ifyller informationsförmedlingsblanketten:

”läkaren ifyller ibland inte efter 4 åringens hälsogranskning informationsförmedlingsblanketten”

När svaren till min andra fråga Hur samarbetet kunde utvecklas analyserades formades kategorierna *fungerande samarbete* och *ickefungerande samarbete*. Ur dessa formades underkategorier vilka beskriver närmare hälsovårdarnas önskemål.

Underkategorierna består av: *gemensamma möten och team möten, oftare besök på daghemmen, fungerande samarbetspraxis mellan daghemmen och rådgivningen, fungerande samarbetspraxis inom rådgivningen, naturlig kontakt samt en lägre tröskel för att kontakta, feedback efter hälso-granskningen, viktigt med egen vårdare, utvecklande av projekt, mera tid för samarbete, känsla av samarbete och mera kännedom av varandras yrkeskunskap samt ett utnyttjade av varandras yrkeskunskap.*

Det framkom i svaren att hälsovårdarna önskade *gemensamma möten och team möten:*

”oftare samarbetsmöten... två gånger per år.... och följande möte borde bestämmas i god tid”

”skulle vara trevligt med gemensamma team möten var talterapeuten, special barnträdgårdsläraren, hälsovårdaren och eventuellt andra skulle delta”

”oftare träff på daghem då det gäller barn med svårigheter”

Det framkom i svaren att hälsovårdarna önskade *oftare besök på daghemmen* d.v.s. regelbundna besök och att hälsovårdarna skulle aktivt delta i daghemmets verksamhet under besöken.

Med besöken ansåg hälsovårdarna att dessa förbättrar samarbetet samt de lär känna varandra bättre:

”besök på daghem åtminstone en gång per år... då man skulle få delta i verksamheten”

”med besök på daghem skulle man lära känna varandra bättre... det hjälper att tolka varandras beskrivningar om barnen...man lär känna barnen bättre”

Det framkom i svaren att hälsovårdarna önskade **fungerande samarbetspraxis mellan daghemmen och rådgivningen.**

T.ex. gällande besök på daghem, information om hälsovårdarens besök och möten:

”upplever att det är endast jag som kontaktar daghemmen när det gäller besök på daghemmen... daghemmen upplever besöken väldigt positiva” ”följande möte borde bestämmas i god tid”

”bra skulle det vara om daghemmen skulle informera i sina veckobrev att hälsovårdaren är på väg på besök... man skulle lära känna också föräldrarna bättre”

Hälsovårdarna önskade också mera fungerande samarbetspraxis i utnyttjande av informationsblanketten Beskrivning av barnet i dagvården:

”det finns inget hinder för att beskrivning av barnet i daghem, informationsblanketten, inte skulle skickas”

”det är överenskommet med svenska daghem om att de borde skicka beskrivning av barnet i dagvården, men det kommer sällan”

Det framkom förslag på hur samarbetet skulle förbättras gällande kontaktuppgifter och samt gällande föräldrarnas undertecknande av samtycke:

”samarbetet skulle säkert förbättras då daghemmen har information om kontaktuppgifter, tel.nummer, vem som är barnet egen hälsovårdare”

”föräldrarna undertecknar samtycke om informationsförmedlingen mellan daghem och rådgivningen då barnet börjar i daghem...men den gäller visst inte ändå?... det skulle vara lättare med en samtycke som gäller alltid....

Det framkom i ett svar att e-post användes och att detta inte alltid fungerar som önskat:

”ibland kommer hyve-4 informationsblanketten som e-post... det fungerar bra men om man är längre tid borta från arbetet... så hinner de inte med till läkargranskningen”

Hälsovårdarna önskade **fungerande samarbetspraxis inom rådgivningen.**

T.ex. gällande tidsbruk för samarbetet:

”en egen modell i Esbo så att man närmare vet hur mycket tid man kan använda till besök på daghem”

En hälsovårdare gav exempel på fungerande praxis:

”det är bara att ringa daghemmen oftare och bestämma träff... chefen har också upplevt detta som ok”

Det önskades att barnets egenvårdare och läkaren möts:

”jag upplever att det inte är någon omfattande hälsogranskning p.g.a. att kontakten mellan barnets egen hälsovårdare och läkare inte fungerar”

Det framkom i svaren att hälsovårdarna önskade ***naturlig kontakt samt en lägre tröskel för att kontakta.***

”daghemmen upplever det säkert mera naturligt att kontakta specialbarntädgårdsläraren än rådgivningen då det gäller barn med svårigheter...”

”daghemmen borde våga ta mera kontakt.. tröskeln att ta kontakt borde vara lägre”

Det framkom ur svaren att Beskrivning av barnet i dagvården endast skickas då någon oro finns för barnet. Det blev en diskussion under intervjun om att informationsblanketten kunde eventuellt skickas av alla barn:

”det finns inget hinder för att beskrivning av barnet i daghem informationsblanketten skulle skickas”

Det framkom i svaren att hälsovårdarna önskade ***feedback efter hälsogranskningen.***

”efter hälsogranskningen får man ingen feedback från daghemmen hur de stöder barnet på daghemmet”

”mera respons från daghemmet efter hälsogranskningen... hur de stöder barnet på daghemmet”

Hälsovårdarna ansåg att det är **viktigt med egen vårdare**.

”samarbetet förbättras då barnets egen hälsovårdare hålls samma... kontinuitet”

”viktigt att det är barnets egen vårdare som gör omfattande hälsogranskningen”

Hälsovårdarna önskade **mera tid för samarbete**:

”mera tid för samarbete” ”tiden räcker ibland inte till för samarbete”

”deltagandet i rehabiliteringsgruppen tog mycket av ens tid”

Hälsovårdarna önskade en **känsla av samarbete**:

”önskades en känsla av att man gör samarbete... att alla förstår att det är för barnets bästa”

Hälsovårdarna önskade under kategorin **utvecklande av projekt** att projekt som redan finns borde utnyttjas och utvecklas så att samarbetet fungerar bättre mellan daghemmen och rådgivningen:

”utveckla projektet som används i Bastuviken då barnets egen hälsovårdare, barnträdgårdsläraren och föräldrarna är med i läkarens hälsogranskning”

Hälsovårdarna önskade *mera kännedom av varandras yrkeskunskap samt ett utnyttjade av varandras yrkeskunskap.*

”daghemmen upplever det säkert mera naturligt att kontakta specialbarnträdgårdsläraren än rådgivningen då det gäller barn med svårigheter...”

”maktkamp... som började eventuellt då kehu kom... ibland upplever daghemmen att barnet inte kan klippa och hälsovårdaren anser att barnet inte behöver ännu kunna klippa”

”hälsovårdaren stöder med att ha en annan syn på barnets utveckling”

7.2 Resultat i förhållandet till teoretiska referensramen

I följande delkapitel jämförs resultatet från de olika kategorierna med den teoretiska referensramen. Eftersom Airas forskning är omfattande samt flera av hennes kategorier behandlar liknande saker så har det tagits med sju kategorier ur Annaleena Airas forskning d.v.s. två ur *komplexa samarbetet* och fem ur *fungerande samarbete*.

7.2.1 Fungerande samarbete kräver ett uppbyggande av ett förtroende

Resultatet av första frågan Hur samarbetet fungerar mellan daghemmen och rådgivningen jämförs med teoretiska referensramen nedan.

Aira beskriver att förtroendet är av central betydelse för ett fungerande samarbete. Hon skriver att förtroende byggs upp främst av regelbunden och betydelsefull växelverkan mellan personer inom team och nätverk.

Resultatet visar att det i flera kategorier kan ses en växelverkan mellan daghemmen och rådgivningen med hjälp av olika kommunikationsformer t.ex. under *informationsförmedlingsblanketter samt hyve-4, brevpост, telefonkontakt, e-post, föräldrarna och läkaren*.

Beskrivning av barnet i dagvården, vilken skickas från både daghemmet och rådgivningen då det förekommer oro för barnet. Hyve-4 programmet stöder också växelverkan.

Under kategorin *Telefonkontakt* visar resultatet att denna fungerar som växelverkan mellan daghemmen och rådgivningen då det förekommer någon oro för barnet. Under kategorin *samarbete med föräldrarna* visar resultatet en god växelverkan mellan hälsovårdaren och föräldrarna samt att föräldrarna fungerar som informationsförmedlare mellan rådgivningen och daghemmen.

Mindre växelverkan kan ses under kategorin *besök på daghem "personlig kontakt"* (endast en hälsovårdare beskrev att hon gjort besök på daghem och en annan har börjat med det) samt resultatet under kategorin *gemensam samarbetspraxis* visar att en växelverkan innan, under samt efter 1,5 års granskning är liten. Resultatet visar under kategorin *samarbete med läkare* att det finns sällan växelverkan mellan barnets egenvårdare samt läkaren. Det förekommer inte heller någon växelverkan mellan daghemmen och hälsovårdarna efter läkargranskningen vilket framkommer under kategorin *besök på daghem "personlig kontakt"*.

I kategorin *feedback efter hälsogranskningen* visar att en växelverkan fattas när det inte fås information om hur man stöder barnet på daghemmet efter hälsogranskningen.

Eftersom det förekommer få gemensamma möten samt team möten eller rehabiliterings möten där hälsovårdaren också deltar, vilket framkommer under kategorin *gemensamma möten och teammöten*, fattas här växelverkan.

Aira beskriver att för ett uppbyggande av förtroende behövs planerandet av delmål, mellanvärderingar samt jämnlikt förhandlande av lösningar. I och med Beskrivning av barnet i dagvården och hyve-4 förekommer samarbetspraxis som stöder uppbyggandet av förtroende. Andra delmål mellan värderingar eller jämnlikt förhandlande diskuteras inte personligt mellan daghemmen och rådgivningen, vilket framkommer under kategorin *gemensamma möten och team möten och besök på daghem "personlig kontakt"*.

Aira beskriver att tvister kan försämra förtroendet. Under kategorin *gemensamma möten och team möten* visar resultatet att vissa tvister förekommer som kan försämra samarbetet t.ex. under rehabiliterings mötena upplevde hälsovårdaren att hon hade en mera sekreterare roll än hälsovårdar roll. Under kategorin *gemensam samarbetspraxis* visar resultatet att det är avtalat med daghemmet att Beskrivning av barnet i dagvården skulle skickas, men att den upplevs att den sällan skickas under 1.5 åringens hälsogranskning vilket kan orsaka tvister. Också under kategorin *mera kännedom av varandras yrkeskunskap samt ett utnyttjade av varandras yrkeskunskap* talas om "maktkampen". Denna maktkamp kan eventuellt också framkalla tvister mellan daghemmen och rådgivningen. Resultatet av andra frågan Hur samarbetet kunde utvecklas jämförs nedan med teoretiska referensramen.

Aira beskriver att det är viktigt att skapa tillräckliga möjligheter för växelverkan för att ett förtroende kan uppbyggas. Förutom växelverkan som sker med hjälp av Beskrivning av barnet i dagvård, Hyve-4 och informationsförmedlingsblanketten, telefonkontakt då oro finns gällande barnet skulle det vara viktigt att öka växelverkan av personlig kontakt d.v.s. regelbundna gemensamma möten, team möten, samt besök på daghemmen.

Skolning nämns bara en gång ur resultaten under kategorin skolning. Aira beskriver att kunskaper i samarbete kan förbättras genom att utveckla kunskaperna i växelverkan med t.ex. skolning.

Det skulle vara viktigt att ett förtroende mellan daghemmen och rådgivningen skulle uppnås i början av samarbetet så att inte parterna börjar undvika växelverkan och gör ensam arbetet istället för samarbete. Planerande av delmål, en mellan värdering och jämnlikt förhandlande om lösningar öka förtroendet enligt Aira.

Aira beskriver att i ett samarbete som varar längre betonas det i förtroendet parternas yrkeskunskap. Detta ämne behandlas närmare i kapitel 7.2.4.

Aira beskriver att förtroendet sätts på prov vid personalbyten. Under kategorin *viktigt med egenvårdare* visar resultatet hur hälsovårdaren anser att samarbetet förbättras då barnets egen hälsovårdare är samma samt om hon är den som gör den omfattande hälsogranskningen. Ifall egenvårdarsystemet inte förverkligas, kan detta påverka förtroende mellan daghemmen och rådgivningen.

I kategorin *naturlig kontakt samt en lägre tröskel för att kontakta* kommer det tydligt fram hälsovårdarnas önskan. Om ett förtroende skapas skulle säkert både daghemmen och rådgivningen kontakta varandra mera naturligt och tröskeln skulle vara lägre för att kontakta varandra.

Airas beskriver också att om ett förtroende skapas från början blir också samarbetet mera naturligt.

7.2.2 Ett fungerande samarbete förutsätter ett skapande av samarbetspraxis

Resultatet av första fråga Hur samarbetet fungerar mellan daghemmen och rådgivningen jämförs med teoretiska referensramen nedan.

Aira beskriver att samarbetsprocessen innebär ett förhandlande om samarbetets tillvägagångssätt, ansvar och delande av resultat.

De kommunikations praxis som formas i teamen styr t.ex. vad som diskuteras, när kontakt bör hållas, vilka kommunikationsmedel som används, hur saker diskuteras samt hur snabbt bör det svaras på meddelandet.

I kategorin *informationsförmedlingsblanketter samt hyve-4* visar resultatet att hyve-4 stöder samarbetsprocessen d.v.s. med färdiga krav på samarbetspraxis, delande av resultat samt ansvar.

Detta svar beskriver mycket ”*ifall inte beskrivning av barnet i dagvården eller hyve-4 programmet skulle finnas, skulle inget samarbete finnas mellan daghemmen och rådgivningen*”. I Svaret kan tydligt ses hur dessa stöder samarbetspraxis.

Trots hyve-4 förekommer också brister i samarbetspraxis eftersom t.ex. informationsförmedlingsblanketten skickas för sent, de är ibland dåligt ifyllda och läkaren ifyller ibland inte blanketten.

Informationsblanketten skickas ibland till daghemmen senare än vad som är bestämt. Beskrivning av barnet i dagvården borde alltid skickas när oro finns gällande barnet, men denna samarbetspraxis fungerar sällan enligt resultatet i kategorin *gemensam samarbetspraxis* där det framkommer att blanketten kommer sällan till rådgivningen.

Under kategorin *samarbetet med läkaren* visar resultatet brister i samarbetspraxis, då kontakten mellan läkaren samt barnets egen hälsovårdare inte uppfylls före och efter läkargranskningen.

Kategorin *telefonkontakt* visar resultat att något slag av samarbetspraxis förekommer då både daghemmen och rådgivningen kontaktar per telefon då oro gällande barnet finns, men detta sker inte regelbundet enligt resultat i kategorin *gemensam samarbetspraxis*. Genomgång eller ett planerande av gemensam samarbetspraxis mellan daghemmen och hälsovårdarna förekom mycket lite med personlig kontakt. Detta framkommer under kategorin *gemensamma möten och team möten*.

Det förekommer eventuellt diskussion gällande samarbetspraxis under besöken på daghemmen.

Aira skriver under fungerande samarbete att *samarbete förutsätter en insats av samarbetsparterna*. Samarbetet förverkligas inte ifall det inte görs en insats av samarbetsparterna, även om samarbetsstrukturen skulle vara bra uppbyggt.

Då samarbetet inte uppfylls aktivt hålls samarbetsstrukturen som tomma strukturer och samarbetets synergi förverkligas inte. I flera av kategorierna ovan förekommer det brister i samarbetspraxis även om det finns färdiga samarbetsmodeller.

Aira beskriver att samarbetsprocessen innebär ett delande av ansvar och resultat och under kategorin *feedback efter läkargranskningen* framkommer att feedback inte fås från daghemmet. I kategorin *samarbete med föräldrar* visar resultatet att det är oftast föräldrarna som fungerar som informationsförmedlare.

Resultatet av andra frågan Hur kunde samarbetet mellan daghemmen och rådgivningen utvecklas jämförs nedan med teoretiska referensramen.

I flera kategorier förekommer utvecklingsbehov gällande samarbetspraxis.

Detta framkommer under kategorierna *fungerande samarbetspraxis inom rådgivningen* och *mera tid för samarbete* t.ex. det önskades mera tid för samarbete samt att läkaren och barnets egenvårdare möts i de omfattande hälsogranskningarna. Kategorierna *gemensamma möten*, *oftare besök på daghemmen* behandlar också samarbetspraxis. Hälsovårdarna önskade också mera gemensamt ansvar som framkom under kategorin *feedback efter hälsogranskningen*, vilket gäller också samarbetspraxis. I kategorin *fungerande samarbetspraxis mellan daghemmen och rådgivningen* visar resultatet att samarbetet kunde förbättras med bättre kontaktuppgifter, enklare system gällande föräldrarnas samtycke, bättre fungerande praxis över när Beskrivningen av barnet i dagvården bör skickas, vem som kontaktar och när m.m.

7.2.3 Samarbete syftar till att uppfylla mål

Första frågan Hur samarbetet fungerar mellan daghemmen och rådgivningen jämförs nedan med teoretiska referensramen. I förra delkapitel 7.2.2. behandlas redan gemensamma mål mellan daghemmen och rådgivningen eftersom ämnet berör gemensamma samarbetspraxis. Aira beskriver att ett samarbete utan mål är inget samarbete. Samarbetet kan starta från många olika mål t.ex. att skapa något nytt eller att lösa ett problem.

Under kategorin *informationsförmedlingsblanketter och hyve-4* visar resultaten att ett gemensamt mål finns d.v.s. barnet och familjen. Hyve-4 programmet samt Beskrivning av barnet i dagvården då oro förekommer stöder målen. Samma mål kan också ses under kategori *telefonkontakt* då samarbetsparterna kontaktar varandra vid större oro för barnet.

Under kategorin *gemensamma möten och team möten* kan ses få mål mellan daghemmen och rådgivningen. Aira beskriver att i ett fungerande samarbete är det viktigt med att inse betydelsen av uppfyllandet av mål.

Andra frågan Hur samarbetet kunde utvecklas jämförs nedan med teoretiska referensramen.

Resultatet i kategorin *känsla av samarbete* som togs upp i förra kapitlet visar tydligt att det önskades en känsla av samarbete och gemensamt mål t.ex. hälsovårdaren beskrev önskan om att båda parterna förstår att samarbetet utgår från barnet. Också i andra kategorier visar resultaten att gemensamma mål önskas.

Aira beskriver närmare hur samarbetet kunde utvecklas d.v.s. att samarbetsparternas inställning över samarbetet är av central betydelse i ett fungerande samarbete samt att det skulle vara nyttigt för samarbetsparterna att fundera över vad som är meningen med samarbetet och vilken nytta som fås av det i det egna arbetet. Airas beskriver att samarbetsviljan samt kunskap till samarbete bör hittas hos människan själv.

Ifall inte människan ser samarbete som viktig och inte arrangerar tillräcklig tid i sitt arbete för samarbete, blir samarbetsmålen lätt ouppfyllda. I Airas kategori fungerande *samarbete förutsätter en insats av samarbetsparterna* kunde också användas som stöd i uppfyllandet av mål.

Planerande av delmål, en mellan värdering och jämlikt förhandlande om lösningar ökar samarbetet mellan parterna enligt Aira. Aira beskriver att det kan vara mycket krävande att bestämma gemensamma mål.

Hon säger att ett samarbete som sker under längre tid och var samarbetet är komplex kräver större växelverkan för att kunna bestämma målen, hitta samarbetet och för att kunna utveckla gemensam betydelse.

Resultatet under kategorin *gemensamma möten och team möten, oftare besök på daghemmen samt naturlig kontakt och lägre tröskel att kontakta* visar att ett behov för oftare växelverkan finns.

Ifall en större växelverkan skulle finnas här skulle säkert också gemensamma mål kunna bestämmas mellan daghemmen och rådgivningen.

7.2.4 Ett fungerande samarbete i ett utspritt samarbete förutsätter ett effektivt utnyttjande av den teknologiska kommunikationen

Samarbetet mellan daghemmen och rådgivningen sker oftast i ett utspritt samarbete d.v.s. avstånden är längre och sker inte under samma tak. Aira beskriver att ett fungerande samarbete i ett utspritt samarbete, kräver ett effektivt utnyttjande av teknologisk kommunikation samt att det bör reserveras tid för samarbete. Ett utspritt samarbete har sällan en tidsgränsning eller krav på mängden av samarbete, vilket kan leda till att kontakten till samarbetsparterna minskar vid för stor arbetsmängd.

Tidsbristen framkommer ur resultaten under flera kategorier. I kategorin *informationsförmedlingsblanketterna samt hyve-4* och *gemensam samarbetspraxis*, visar resultaten att Beskrivning av barnet i dagvården skickas sällan till rådgivningen. Denna skickas endast vid större oro hos barnet och resultatet visar att mycket lite samarbete finns innan, under och efter 1,5 åringens hälsogranskning.

Detta kunde eventuellt bero att kraven på mängden av samarbete inte finns här bestämd, ingen tidsgränsning finns för samarbetet eller det kunde vara frågan om tidsbrist, vilket i sin tur kan leda till att kontakten till varandra minskar.

Under samma kategorier visar resultatet att samarbetet fungerar bättre vid 4 års granskning och att informationsblanketten är oftast bra ifyllda, vilket kan bero på att hyve-4 modellen stöder samarbetet och det finns reserverat tillräckligt med tid för samarbetet så att också de olika kommunikationsformerna utnyttjas mera effektivt. Tidsbristen framkommer också under kategorin *mera tid för samarbete* där hälsovårdarna önskar mera tid för samarbete.

Aira beskriver att ett utnyttjande av teknologisk kommunikation kräver goda funktionsmodeller samt att kunna kombinera teknologisk och personlig kommunikation. Resultatet visar under kategorierna *gemensamma möten och team möten* och *besök på daghem "personlig kontakt"* att personlig kommunikation sker sällan vilket kan i sin tur påverka också utnyttjandet av den teknologiska kommunikationen. Hyve-4 och Beskrivning av barnet i dagvården kan räknas till goda funktionsmodeller som stöder samarbetet. Det visar sig i kategorin *gemensam samarbetspraxis* att ibland förekommer brister också i dessa funktionsmodeller.

Under kategorin *telefonkontakt* visar resultaten att både daghemmen och rådgivningen håller kontakt per telefon vid oro gällande barnet vilket tyder på att telefonkontakten utnyttjas. Under kategorin *besök på daghem* visar resultatet att endast två hälsovårdare gjorde besök på daghem (de hade kontaktat daghemmet per telefon) vilket i sin tur visar att telefonkontakten kunde utnyttjas mera. E-post utnyttjas också vilket säkert kunde vid behov utvecklas ännu mera i och med att det endast var en som använde denna.

Resultatet av andra frågan Hur kunde samarbetet utveckla jämförs nedan med teoretiska referensramen.

Aira beskriver att i ett utspritt samarbete är det bra att erbjuda samarbetsparterna färdigt valda och uttänkta samt testade kommunikationsmedel p.g.a. att då behöver inte personalen använda sin tid till att välja och kartlägga dessa, samt ett utnyttjande av teknologisk kommunikation kräver att hitta goda funktionsmodeller samt att kombinera teknologisk och personlig kommunikation.

Eftersom ett utnyttjande av teknologisk kommunikation kräver kombinerande av teknologisk och personlig kommunikation, borde personlig kommunikation stödas i praktiken så att det finns tillräckligt tid till besök på daghem samt till gemensamma möten.

7.2.5 Ett fungerande samarbete förutsätter ett utnyttjande av olikheter

Aira beskriver att samarbetsparternas olikheter ger stor värde inom nätverk. Detta förutsätter ett utnyttjande av olikheter genom att utveckla gemensamma betydelser. Gemensamma betydelser förutsätter kontinuerlig växelverkan samt ett konstruktivt handlande av oenigheter.

Under kategorierna *informationsförmedlingsblanketter samt hyve-4, telefonkontakt och gemensam samarbetspraxis* visar resultaten att både daghemmets och rådgivningens yrkeskunskap utnyttjas t.ex. beskrivning av barnet i dagvården och skickas vid större oro gällande barnet och bådas synvinkel vill fås fram.

Det framkommer ur resultaten att hyve-4 blanketterna är oftast bra ifyllda och att hälsovårdaren ifyller informationsblanketten samt hyve-4 tas på allvar vilket tyder på att varandras yrkeskunskap utnyttjas. Samma resultat kommer också fram under kategorin *telefonkontakt*, att daghemmen och rådgivningen kontaktar varandra per telefon då oro gällande barnet finns.

Under 1.5 åringens hälsogranskning ses ändå enligt resultaten att utnyttjande av varandras yrkeskunskap då mindre oro förekommer av barnet förekommer sällan. Enligt resultatet skickar hälsovårdaren ibland till daghemmen Beskrivning av barnet i dagvården ifall det framkommer att oro förekommer av barnet på daghemmet och de inte fått någon blankett. Resultat visar att inget utnyttjande av varandras olikheter förekommer vid 1.5 år granskningen då allt går bra.

Under kategori samarbete med läkaren visar resultatet, att läkaren ibland inte ifyller hyve-4 informationsblanketten, vilket tyder på att hennes yrkeskunskap inte alltid utnyttjas.

En läkare hade enligt hälsovårdaren beskrivit att hon inte gör omfattande hälsogranskning då ingen hyve-4 informationsförmedlingsblankett finns av barnet, vilket visar att läkaren vill utnyttja daghemmets yrkeskunskap.

Under kategorin *kännedom av varandras yrkeskunskap samt ett utnyttjade av varandras yrkeskunskap* visar resultatet att hälsovårdaren upplever att det är säkert mera naturligt för daghemmen att kontakta specialbarntädgårdsläraren än rådgivningen då det gäller barn med svårigheter vilket tyder på att varandras yrkeskunskap inte utnyttjas här optimalt. Det diskuteras också om maktkamp d.v.s. att daghemmen och rådgivningen har ibland olika syn på barnets utveckling, här har inte varandras olikheter utnyttjats eller utvecklats gemensamma betydelser.

Under kategorin *feedback efter hälsogranskningen* visar resultatet att ingen feedback har getts från daghemmen av hur de stöder barnet på daghemmet efter att hälsovårdaren eller läkaren gjort remiss. Detta tyder på att varandras olikheter inte utnyttjas här.

Under kategorin *gemensamma möten och team möten* visar resultatet att hälsovårdaren upplever att hon haft en sekreterare roll än hälsovårdar roll under rehabiliteringsmötena, vilket tyder på att här utnyttjas inte hälsovårdarens yrkeskunskap optimalt.

Aira beskriver att för att olikheter kan utnyttjas krävs gemensamma betydelser vilket förutsätter kontinuerlig växelverkan samt konstruktivt handlande av oenigheter.

I och med Hyve-4 och Beskrivning av barnet i dagvården finns gemensamma betydelser här men eftersom kontinuerlig växelverkan inte förekommer enligt resultaten under kategorierna *gemensamma möten och team möten* och *besök på daghem* utnyttjas inte varandra olikheter optimalt.

Resultatet av andra frågan (Hur kunde samarbetet utvecklas) jämförs nedan med teoretiska referensramen:

Hälsovårdarna önskar att deras yrkeskunskaper utnyttjas mera vilket framkommer under kategorin *mera kännedom av varandras yrkeskunskap samt ett utnyttjade av varandras yrkeskunskap*.

Enligt Aria borde det utvecklas gemensamma betydelser för att varandras olikheter kan utnyttjas.

Det förutsätter en kontinuerlig växelverkan. Gemensamma betydelser kunde utvecklas i och med regelbundna besök på daghem, gemensamma möten och team möten samt med naturligt samarbete så att tröskeln blir lägre för att daghemmen och rådgivningen tar kontakt med varandra.

I ett av svaren under kategori *mera kännedom av varandras yrkeskunskap samt ett utnyttjade av varandras yrkeskunskap* beskrivs ”maktkampen” samt under kategori *gemensamma möten och team möten* ”sekreterarrollen” under teammöten. Dessa svar kan tolkas enligt Aira att ett konstruktivt handlande om oenigheter eller ett utvecklande av gemensamma betydelser inte ses här.

Personlig kontakt var samlingspraxis diskuteras eller vid oenigheter ett utnyttjande av telefonkontakt stöder ett konstruktivt handlande av oenigheter. Det förekommer enligt resultaten också utnyttjande av varandras olikheter, som kunde användas som modell för skapande av gemensam betydelse.

8 ETISKA REFLEKTIONER

I denna studie följer forskaren God vetenskaplig praxis samt handlingar i avvikelser från den.

I studien beaktas hederlighet, allmän omsorgsfullhet, noggrannhet i dokumenteringen, presentationen av resultaten samt i bedömningen av undersökningar och undersökningsresultat. I studien tillämpas dataansaffnings-, undersöknings- och bedömningsmetoder som är förenliga med kriterierna för vetenskaplig forskning och är etiskt hållbara. Vid publiceringen av undersökningsresultaten tillämpas den öppenhet och den ansvarsfulla kommunikation som karakteriserar vetenskaplig verksamhet. Forskaren tar hänsyn till andra forskares arbete och resultat samt hänvisar till deras publikationer på ett korrekt. Studien planeras, genomförs och rapporteras samt insamlade data lagras på det sätt som kraven på vetenskapliga fakta förutsätter. Forskningstillstånd har anskaffats och den etiska förhandsbedömningen har utförts i denna studie.

De etiska principerna för forskning som räknas till humanvetenskapen beaktas i denna studie d.v.s. respekt för den undersöktas självbestämmanderätt, undvikande av skador samt personlig integritet och dataskydd. Forskningspersonernas självbestämmanderätt innebär frivilligt deltagande d.v.s. deltagande i forskning ska vara frivilligt och basera sig på tillräcklig information. Hälsovårdarna informerades i god tid med informationsbrevet, se bilaga 2. I denna forskning gav hälsovårdarna sitt samtycke muntligt före intervjun. I denna studie har undvikits skador så som psykiska olägenheter har undvikits genom att informanterna har bemötts med respekt och forskningspublikationerna har skrivits på ett sätt som tar hänsyn till informanterna.

Intervjuaren förhåller sig artigt till informanterna och respekterar deras människovärde. Informanterna bestämmer i första hand gränserna för vad som är känsligt och privat i fråga om de teman som undersökningen berör. I denna studie beaktas de forskningsetiska principerna om personlig integritet och dataskydd d.v.s. hur forskningsmaterialet ska skyddas, hållas konfidentiellt samt huruvida forskningsmaterialet ska sparas och förstöras. (Forskningsetiska delegationen. 2012)

9 DISKUSSION

Samarbetet mellan daghemmen och rådgivningen är förvånansvärt liknade i tidigare forskningar och litteratur jämfört med denna studie. Då jag besvarar mina frågeställningar tar jag också med tidigare forskningar och litteratur för att se utvecklingen av samarbetet mellan daghemmen och rådgivningen.

Kehu ”viisikko” och Hyve-4 ansågs i tidigare forskningar och källor som de viktigaste samlarbetsmodellerna mellan daghemmen och rådgivningen samt att dessa stöder samarbetet, motsvarande resultat framkommer i denna studie. Informationsförmedlingsblanketten Beskrivning av barnet i dagvården ansågs i denna studie, att den stöder samarbetet då större oro finns för barnet.

Samarbetet mellan daghemmen och rådgivningen upplevdes av båda parterna som positivt både i tidigare forskningar samt i denna studie. Jag anser att eftersom samlarbetsmodellerna är mycket omfattande samlarbetsprogram så kunde en större utredning av samlarbetsmodellerna ge mera djupare resultat.

Resultatet i denna studie visar att samarbetet upplevs av hälsovårdarna varierande samt att samarbetet fungerar bättre vid 4-år granskningen jämfört med 1.5 år granskningen. Ur tidigare forskning framkommer motsvarande resultat, att samarbetet fungerar varierande, t.ex. att inom samma områden fungerade samarbetet mellan vissa daghem bra och mellan vissa inte alls (Honkanen.2008). Sällan förekom kontakt utöver informationsförmedlingsblanketterna t.ex. barnträdgårdslärarna anser att samarbetet kretsar endast kring skriftlig kommunikation (Niemi.2008). Telefonkontakten visar sig förekomma i denna studie endast vid större oro för barnet då daghemmen eller hälsovårdaren kontaktar varandra med föräldrarnas samtycke eller då t.ex. hyve-4 informationsblanketterna inte hunnit i tid till hälsogranskningen. Samma resultat framkommer ur tidigare forskning att telefonkontakten förekommer endast vid större oro för barnet.

Orsaken till att samarbetet upplevs fungera bättre vid 4-årsgranskningen jämfört med 1.5 år granskningen, kunde bero på att hyve-4 programmet är mera utvecklat och ställer mera krav på samarbete samt att många 1.5 åringar inte ännu har börjat på daghem. En annan sak som eventuellt påverkar resultatet är att i Esbo program inom daghem och rådgivningen beskrivs, att endast vid oro av barnet skickas Beskrivning av barnet i dagvården.

Resultatet i denna studie visar att få gemensamma möten förekommer med daghemmen och hälsovårdaren. I resultatet i denna studie gällande hälsovårdarens besök på daghemmen framkommer, att dessa inte görs av alla hälsovårdare samt dessa förekommer inte regelbundet (en hälsovårdare hade gjort besök under en längre tid, en hade påbörjat besök). Motsvarande resultat framkommer i tidigare forskningar. Samma gäller barnträdgårdslärarens besök på barnrådgivningarna, vilket förekommer sällan eller inte alls i denna studie samt i tidigare forskningar. I denna studie nämndes av hälsovårdarna barnträdgårdslärarnas besök då det diskuterades Hyve-4 Bastuvikens projekt.

Resultatet visar i denna studie att personlig kontakt och besök på daghem upplevdes alltid som positivt av både daghemmen och av hälsovårdaren.

Det upplevdes att varandras yrkeskunskap utnyttjades samt att de lärde känna varandra under besöken. Samma resultat framkom ur tidigare forskningar (Okkonen.2004, Niemi.2008).

Enligt resultatet i denna studie hade endast en hälsovårdare hade deltagit i rehabiliteringsmöten och nästan ingen i team möten. Hälsovårdarens deltagande i team möten och rehabiliterings mötena var också få visar tidigare forskningar, oftast vid mycket svåra fall (Huovien.2004). I denna studie framkommer också att ingen annan gemensam verksamhet förekommer som t.ex. hälsovårdarnas deltagande i föräldrakvällar eller daghemmets deltagande i förberedelsekurser eller annat.

Motsvarande resultat visar tidigare forskningar, endast Niemi (2008) beskriver i sin forskning att gemensamma kaffestunder mm önskades mera vilket betyder att någon kontakt funnits.

Liknande brister i samarbetspraxis kan ses i denna studie som i tidigare forskningar enligt resultaten. Brister i planerandet av; gemensamma mål och handlingar, regelbundna gemensamma möten och besök på daghem, samarbetets innehåll, organiserande av arbetet, förekommer i denna studie och i tidigare forskning. Hyve-4 samt Beskrivning av barnet i dagvården visar enligt resultaten i denna studie samt tidigare forskning och litteratur att dessa stöder samarbetspraxis. Eftersom några besök på daghem förekom enligt resultatet i denna studie, visar det sig att någon samarbetspraxis förekommer. I Huovinen (2004) forskning upplevde barnträdgårdslärarna att de kontaktade mest rådgivningen och i denna studie upplever en hälsovårdare att hon är den som tar initiativet till att kontakta daghemmen. Eftersom samarbetspraxis är ganska brett ämne har forskaren inte kunnat fokusera djupare på detta ämne, vilket kan ha påverkat resultatet gällande samarbetspraxis.

Resultatet i tidigare forskningar t.ex. Huovinen (2004) visar, att både daghemmen och hälsovårdarna upplever att tidsbristen och ibland personalbristen påverkar samarbetet. Samma resultat visar resultatet i denna studie, att hälsovårdaren upplever att tidsbristen påverkar på samarbetet mellan daghemmen och rådgivningen.

Ett utnyttjande av varandras yrkeskunskap visar resultaten i denna samt i tidigare forskning och litteratur t.ex. båda parterna kontaktar varandra per telefon och använder informationsförmedlingsblanketterna. Det framkommer i tidigare forskning Niemi (2008) att hälsovårdarnas yrkeskunskaper värdesattes och den kunskap de kunde hämta fram om familjerna ansågs viktig. I denna studie samt i tidigare forskningar framkommer också att varandras yrkeskunskaper inte alltid utnyttjas t.ex. daghemmen ansåg att det var mera naturligt att göra samarbete med den cirkulerande barnträdgårdsläraren än med rådgivningen när det gällde oro för barnet eller familjen (Huovinen. 2004).

Motsvarande resultat framkommer i denna studie ur hälsovårdarna perspektiv.

Stakes rapport 21 (2008) visar att rådgivningen inte alltid utnyttjar daghemmets uttalande i värdering av barnets psykosociala utveckling.

Denna studie kommer att vara grunden till mitt utvecklingsarbete. All den värdefull information ur resultatet kan utnyttjas i utvecklandet av samarbetet mellan daghemmen och rådgivningen.

Förslag till ny studie kunde vara att kombinera min studie och socionom studerande Camillas Laitinens studie. Utgående från bådas resultat kunde det utveckla en modell som stöder samarbetet mellan daghemmen och rådgivningen.

Utvecklingsbehoven från tidigare forskningar samt i denna studie är samma; det önskas regelbunden personlig kontakt, oftare besök på daghemmen, gemensamma möten mellan daghemmen och rådgivningen, deltagande i team möten samt rehabiliterings mötena. Annan verksamhet t.ex. gemensamma grupper samt informations- och rådgivningstillställningar önskades. Enligt resultatet från tidigare forskning och denna studie kan det inte ses någon utveckling av ett mera fungerande samarbete då det gäller personlig kontakt t.ex. i Huovinens (2004) forskning visade sig att det fanns ett behov av att träffas efter 5 år granskning, men inget ändring hade gjorts för att förbättra samarbetet. Social- och hälsovårdsministeriet (2005) rekommenderar att besök görs till dagvården av rådgivningens personal. Eftersom endast en av hälsovårdarna deltagit i denna studie i rehabiliteringsgruppen och i team möten visar det sig vara motstridigt av vad Social- och hälsovårdsministeriets (2005) beskriver att hälsovårdaren deltar i gruppbarnrådgivningsarbetsgruppen samt i rehabiliteringsgruppen.

Enligt resultatet av alla dessa utvecklingsbehov föreslår jag att följande studie kunde vara ett utvecklingsprojektet gällande personlig kontakt, var målet är att öka växelverkan mellan daghemmen och rådgivningen.

Tidigare forskningar och litteratur visar resultat av utvecklingsprojekt samt forskningar som utförts på daghemmen tillsammans med daghemmets personal, hälsovårdarna och föräldrarna.

Dessa har visat sig vara omtyckta och utvecklat samarbetet Okkonen (2004) samt Niemi (2008).

Hälsovårdarnas önskan om att utveckla projekt (Hyve-4 samarbetet i Bastuviken) tyder också på att personlig kontakt önskas mera. Nyléns forskning visar också att samarbetet förbättras mellan alla yrkeskunniga som arbetar för barnfamiljer under samma tak vilket tyder på att personlig kontakt förbättrar samarbetet (Nylén.2009). Resultatet visar att hälsovårdarna önskade mera kännedom och utnyttjande av varandras yrkeskunskaper. Detta utvecklingsbehov kan också ses i tidigare forskningar.

Personlig kontakt visar enligt resultatet i Huovinens (2004) forskning att det stöder utnyttjande av varandras yrkeskunskaper, vilket framkommer då det utbyttes information i rådgivningen utöver informationsförmedlingsblanketten. Samma stöder Okkonen (2004) forskning som utfördes på daghemmet.

Mycket av tidigare forskningar samt litteratur behandlar utnyttjandet av varandras yrkeskunskap så som Lindskog (2009) och Aira (2012) *ett fungerande samarbete förutsätter ett utnyttjande av olikheter*. Nyléns (2009) forskning visar också att samarbetet förbättras mellan alla yrkeskunniga och ett utnyttjande av varandras yrkeskunskap förbättras då ett samarbete sker under samma tak.

Eftersom resultatet i denna studie visar att hälsovårdarna ofta hade en önskan av ett fungerande arbetspraxis mellan daghemmen och rådgivningen, betyder det att det finns ett behov av utveckling. Hälsovårdarna önskade kontakt också vid mindre oro och under intervjun diskuterade att varför Beskrivning av barnet i dagvården inte kunde skickas av alla barn. Målen i de omfattande hälsovårdsgranskningarna inom barnrådgivningen enligt Hakulinen-Viitanen är att bilda en helhetsbild av barnet samt att målen med de omfattande hälsovårdsgranskningarna är att styrka barnets resurser, hälsa och välmående. (Hakulinen-Viitanen et al.2012)

Ett annat utvecklingsbehov gällde tystnadsplikten Huovinen (2004), samt i denna studie visar resultatet behov av att vilja utveckla föräldrarnas samtyckepraxis. Social- och hälsovårdsministeriets (2005:28-29) behandlar sekretessen d.v.s. för att den inte skall bli ett hinder för samarbetet måste alla känna till de relevanta bestämmelserna och komma överens om lämpliga förfaringssätt.

En önskan om mera tid för samarbete visar resultatet i denna studie samt tidigare forskningar.

Aira (2012) beskriver att kontakten till samarbetsparterna i ett spritt samarbete lätt minskar vid för stor arbetsmängd, se närmare *ett fungerande samarbete i ett spritt samarbete förutsätter ett effektivt utnyttjande av den teknologiska kommunikationen*

Aira (2012) tar upp samarbetspraxis i sin forskning *ett fungerande samarbete förutsätter ett skapande av samarbetspraxis* d.v.s. ett förhandlande om samarbetets tillvägagångssätt, om ansvar och delande av resultat. Hennes resultat kunde stöda en utveckling av samarbetspraxis mellan daghemmen och rådgivningen.

Mycket likheter hittas i Aira (2012) beskrivning av vad ett fungerande samarbete förutsätter och i Huovinens (2004) forskning. I Huovinens forskning framkom det ur intervjun att ett välfungerande samarbete ansågs kräva egen aktivitet, att ta med andra, öppenhet, förtroende, flexibilitet och ett värderande av varandras yrkeskunnande samt en framgångsrik växelverkan. Eftersom ämnet är så omfattande kom det fram mycket information om samarbetet mellan daghemmen och rådgivningen vilket kan resultera till att vissa kategoriers resultat inte har kunnat behandlas mera djupgående.

Därför gav jag idéer om hur man kunde fortsätta forskningen med att fokusera sig på att utveckla personlig kontakt vilket betyder att det bör ske en utveckling i växelverkan mellan daghemmen och rådgivningen. Aira (2012) tar upp i sin kategori *ett fungerande samarbete förutsätter en växelverkan som upprätthålls* d.v.s. ett utspritt arbete förutsätter ett aktivt förhållningssätt i upprätthållandet av samarbetet så att en tillräckligt tät, komplex samt betydelsefull växelverkan är möjlig. Hennes resultat kunde stöda utvecklandet av personlig kontakt i framtiden. Jag anser att resultaten i denna studie svarar på mina frågeställningar samt att resultaten svarar också mot mitt syfte i denna studie.

10 KRITISK GRANSKNING

I denna studie har det strävats att bygga studien på bästa möjliga vetenskapliga grund för att uppnå rätta svar på frågorna. I bakgrunden användes material som är godkänt inom hälso- och sjukvården. Tidigare forskningar är sökta från vetenskapliga databaser och deras pålitlighet har granskats.

Endast en forskning fick sämre evidensvärde än andra. Berlin et al.(2009) med forskningar samt artiklar har rekommenderats av lärarna på Arcada. Litteratur som använts i studien har sökts ur tidskrifter inom vård och Esbo egen litteratur. När rådgivningsverksamheten i andra länder skiljer sig från det finska, var det svårt att finna utländska forskningar som gällde samarbetet mellan daghemmen och rådgivningen. Detta kan också ge en snävare uppfattning av hur samarbetet fungerat i tidigare forskningar.

Jag uppfattar att den interna validiteten i denna studie är riktig. Forskarens egen arbetserfarenhet har hjälpt att tolka hälsovårdarnas svar som ökar pålitligheten. Atmosfären under intervjun var naturlig. De intervjuade var bekanta från tidigare. Därmed svarade alla aktivt på frågorna. I undersökningen upplevde jag att inga faktorer påverkade svaren. Eftersom ämnet var gemensamt och berörde alla hälsovårdare var det enkelt att diskutera om det. Hälsovårdarna har flera års arbetserfarenhet vilket ökar validiteten i resultatet. Efter intervjun har forskaren använt sig av Jacobsen (2007) ”face validity” metoden där man diskuterar efteråt med en av de intervjuade om möjliga oklarheter.

Jacobsen beskriver validering med hjälp av kritisk granskning av kategorier (se Jacobsen.2007: 156-175.) forskaren har använt samma metodik i sin studie och ändrat på några kategorier vid analyseringen av svaren. Anteckningarna och bandinspelningen renskrevs samma kväll för att undgå fel. Under analysering av data har forskaren varit grundlig. Jag har upplevt att ämnet samarbetet mellan daghemmen och rådgivningen är mycket omfattande vilket har gjort det svårt att fokusera sig djupare i ämnet. En möjlighet kunde ha varit att jag kunde ha begränsat mig mera på informationsförmedlingsblanketterna eller studerat närmare personlig kontakt mellan daghemmen och rådgivningen.

KÄLLOR

Aira, Annaleena. 2012. *Toimiva yhteistyö - Työelämän vuorovaikutussuhteet, tiimit ja verkostot*.

Jyväskylän yliopisto. Tillgänglig:

<https://jyu.fidspace/handle/123456789/37743> Hämtad 23.10.13

Berlin, J., Carlström, E., Sandberg, H. 2009. *Team i vård, behandling och omsorg, erfarenheter och reflektioner*, Lund.Studentlitteratur,

Esbo stad. Barndagvård och utbildning. Enheten Svenska rum. Tillgänglig:

<http://www.esbo.fi/sv->

[FI/Barndagvard_och_utbildning/Dagvard/Enheten_Svenska_rum_kontaktuppgifter](http://www.esbo.fi/sv-FI/Barndagvard_och_utbildning/Dagvard/Enheten_Svenska_rum_kontaktuppgifter)

Hämtad 7.4.14

Esbo stad. 2011. Fortbildning för personalen vid rådgivningsbyråer och daghem 2.12.2011. *Hyve 4-modellen för daghem och rådgivningsbyråer i Esbo 1.1.2012*.

Esbo stad. Organisation. Bildningssektorn. Tillgänglig:

http://www.esbo.fi/sv-FI/Esbo_stad/Organisation/Bildningssektorn Hämtad 7.4.14

Espoon kaupunki. Päivähoito ja koulutus. Tillgänglig:

http://www.espoo.fi/fi-FI/Paivahoito_ja_koulutus/Paivahoito/Yhteystiedot

Hämtad 7.4.14

Espoon kaupunki. 2013. Terveystarkastukset neuvolassa. *Lastenneuvolan terveystarkastusohjelma 2013*.

Espoon kaupunki. 2011. Hyve-mallin toimintaohje Espoon päiväkotien ja neuvoloiden työntekijöille 15.11.2011.

Finlex. 1326/1010. Hälsö- och sjukvårdslagen. Tillgänglig:
<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326> Hämtad: 12.6.13

Finlex. 338/2011. Statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsövård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga. Tillgänglig:
<http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2011/20110338> Hämtad 12.6.13

Forskningsetiska delegationen. 2012. God vetenskaplig praxis. Tillgänglig:
<http://www.tenk.fi/sv/etikpr%C3%B6vning-inom-humanvetenskaperna/etiska-principer>
Hämtad: 7.4.14

Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, & Haapakorva, A. 2005. *Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta Suomessa*.
Sosiaali ja terveysministeriö. Tillgänglig:
<http://www.sosiaaliportti.fi/File/07979d41-d551-46a3-8f99-8810cf31b0b2/%C3%84itiys-%20ja%20lastenneuvolatoiminta.pdf> Hämtad: 19.6.13

Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Saaristo V, Hastrup, A & Rimpelä, M. 2007. *Äitiys- ja lastenneuvolan toiminta. Tulokset ja seurannan kehittäminen*. Stakes. raportteja 21/2008. Helsinki.

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77329/R21-2008-VERKKO.pdf?sequence=1>

Hämtad 21.8.2013

Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola, M, Hastrup A, Wallin M, Pelkonen M. 2012. *Laaja terveystarkistus – ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon*. THL.

Tillgänglig:

[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90831/URN_ISBN_978-952-245-708-](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90831/URN_ISBN_978-952-245-708-0.pdf?sequence=1)

[0.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90831/URN_ISBN_978-952-245-708-0.pdf?sequence=1) Hämtad: 15.5.13

Honkanen, Hilikka. 2008. *Perheen riskiolot lastenneuvolan kontekstissa – Näkökulmana mielenterveyden edistäminen*. Yhteiskuntatieteet. Kuopion yliopisto. Tillgänglig:

<http://wanda.uef.fi/uku-vaitokset/vaitokset/2008/isbn978-951-27-0819-2.pdf>

Hämtad 8.8.2013

Huovinen, Tuija. 2004. *Moniammatillinen yhteistyö lastenneuvolan ja päiväkodin toiminnassa*.

Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto.

Jacobsen, Dag Ivar. 2007, *Förståelse, beskrivning och förklaring. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. Lund:Studentlitteratur, 316 s.

Kontio, Mari.2010. *Moniammatillinen yhteistyö*. Tukeva-hanke. Oulu. Tillgänglig:

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/99678721-328a-49f8-b1cb-495bf4215ff8>

Hämtad: 10.10.13

Linskog, Marie. 2009, Att lära med, av och om varandra. I: J.Berlin, E.Carlström & H.Sandberg, red. *Team i vård, behandling och omsorg, erfarenheter och reflektioner*, Lund.Studentlitteratur, s.109-115.

Niemi, Sari. 2008. *Lastentarhanopettajien asiantuntijuuskokemuksia varhaiskasvatuspalveluiden ja neuvolatoiminnan välisestä moniammatillisesta yhteistyöstä*. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.Oulun yliopisto.

Nylén, Ulrica.2009. Familjecentralen som gränsöverskridande team. I: : Berlin, J., Carlström, E., Sandberg, H, red. *Team i vård, behandling och omsorg, erfarenheter och reflektioner*, Lund.Studentlitteratur, s. 75-97.

Okkonen, Tuula. 2004. Lapsen terveystietämyksestä lapsen terveyden yhteistominnalliseen edistämiseen. Kuopion yliopisto. Hoitotieteenlaitos. S.120 + bilagor. Yhteiskuntatieteet. Tillgänglig: <http://wanda.uef.fi/uku-vaitokset/vaitokset/2004/isbn951-781-951-X.pdf>. Hämtad 10.11.13

Ollikainen, Liisa. 2002, *Päivähoidon, vanhempien ja neuvolan yhteistyö toimii*. Terveystoiminta, nr 4-5, s.28-29

Sandberg, Håkan. 2009. Det godaste teamet. I: Berlin, J., Carlström, E., Sandberg, H, red. *Team i vård, behandling och omsorg, erfarenheter och reflektioner*, Lund.Studentlitteratur,

Social- och hälsovårdsministeriet. 2005. *Barnrådgivningen som stöd för barnfamiljer*. Handböcker 12. Helsingfors. 320s.

Svensson, Per-Gunnar, Starrin, Bengt. 1996. *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Författarna och studentlitteratur, 262 s.

Tuominiemi-Lilja, Terhi. 2012. *Hyve-mallin esittely Helsingin, Espoon, Vantaan ja Kauniaisten Katse-lapseen hankkeen tutkimuspäiväkotien ja neuvoloiden työntekijöille*. Tillgänglig:

www.socca.fi/files/1670/Hyve_4-_koulutusdiat.ppt Hämtad:9.7.2013

Valtonen, Riitta, Mustonen, Kirsi. 2006. Lene- Neurologiska bedömningen av barn i lekåldern. Handbok, 43 s.

Wiss, Kirsi, Frantsi-Lankia, Marjut, Koskinen, Hanna, Saaristo, Vesa. 2012. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2011. Asetuksen (338/2011) toimeenpano seuranta ja valvonta. THL. Raportti 71/2012. Helsinki. S.56. Tillgänglig:.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/100134/URN_ISBN_978-953-245-774-5.pdf?sequence=1 Hämtad 3.11.2013

Yin, Robert, K. 2013. *Kvalitativ forskning från start till mål*. Lund: Studentlitteratur AB, 324 s.

BILAGOR

Bilaga 1 *Temaprotokoll med intervjufrågor*

Bilaga 2 *Informationsbrev till hälsovårdarna*

Bilaga 3 *Informationsförmedlingsblankett/barnets välbefinnandekontroll för 4-åringar*

Bilaga 4 *Beskrivning av barnet i dagvården*

Bilaga 1

TEMAPROTOKOLL

Samarbetet mellan daghemmet och rådgivningen inför den omfattande hälsogranskningen (1,5 och 4 åringen)

Frågorna: Hur anser ni att samarbetet mellan daghemmet och rådgivningen fungerar inför den omfattande hälsogranskningen? (hyve-4, beskrivning av barnet i dagvården, telefonkontakt, hälsovårdarens besök på daghemmet, specialbarntädgårdslärare, möten, annat?)

Samarbetet mellan daghemmet och rådgivningen under den omfattande hälsogranskningen (1,5 och 4 åringen)

Frågorna: Hur anser ni att samarbetet mellan daghemmet/föräldrarna och rådgivningen fungerar under den omfattande hälsogranskningen? (hyve-4, beskrivning av barnet i dagvården, telefonkontakt, föräldrarna, annat)

Samarbetet mellan daghemmet och rådgivningen efter den omfattande hälsogranskningen (1,5 och 4 åringen) Frågorna:

Hur anser ni att samarbetet fungerar mellan daghemmet och rådgivningen efter den omfattande hälsogranskningen? (hyve-4, beskrivning av barnet i dagvården, telefonkontakt, möten, besök på daghem, annat?)

Hur samarbetet kunde utvecklas ur hälsovårdarens synvinkel

Frågorna: Kan ni ge förslag på hur samarbetet mellan daghemmen och rådgivningen kunde utvecklas? (t.ex. tidigare arbetsmetoder från kehu, besök på daghemmen, gemensam skolning, annat?)

Alla exempel inom parenteserna kommer jag att ta upp bara vid behov eller som stöd. Intervjufrågorna ställs som öppna frågor.

Bästa hälsovårdare,

Jag heter Theresa Jensen-Tikka. Studerar på Arcada yrkeshögskola (YH-komlettering). Jag skriver mitt examensarbete om samarbetet mellan daghemmen och rådgivningen, se närmare nedan. Ert deltagande i intervjun stöder utvecklandet av ett fungerande samarbete mellan daghemmen och rådgivningen i framtiden. Min handledare är Berit Onninen och inom Esbo barnrådgivning fungerar översköterskan Arja Erma som kontakt person. Jag beskriver kort examensarbetet nedan.

Rubrik: *Samarbetet mellan de kommunala svenska daghemmen och rådgivningarna i Esbo*

- *En kartläggning ur hälsovårdarens perspektiv*

Syfte: Att utreda samarbetet mellan daghemmen och bar rådgivningarna i Esbo

Frågeställningar:

1. Hur fungerar samarbetet mellan daghemmen och rådgivningen?
2. Hur kunde man utveckla samarbetet mellan daghemmen och rådgivningen?

Datainsamlingsmetod: Grupppintervju

Datainsamlingen sker med grupppintervju (temaprotokoll med intervjufrågor). Under intervjun används bandinspelning.

Denna studie följer de etiska reglerna som gäller för akademiska arbeten i högskolor: d.v.s. respekt för den undersökta personens självbestämmanderätt, undvikande av skador, och personlig integritet och dataskydd beaktas. Namn eller andra kännetecken kommer inte fram i studien och det är frivilligt att delta.

Mina kontaktuppgifter:

Mvh

Theresa Jensen-Tikka



FÖRÄLDRARNAS, DAGHEMMETS OCH RÅDGIVNINGENS UPPFATTNING OM BARNET (fylls i vid samtalet om småbarnsfostran och vid hälsoundersökning)

Barnets namn		Födelsedatum	
Adress	Moderns mål Välj språk	Strjeda i dagvården (datum)	
Daghem / grupp		PB-adress	
Medarbetarens namn i daghemmet		Telefon	
Barnrådgivningens namn		PB-adress	
Hälsövårdarens namn		Telefon	

1 KÄNSLOLVETS UTVECKLING, SOCIALA FÄRDIGHETER, VÄXELVERKAN OCH LEX

Styrkor	Behöver stöd i
Barnrådgivningens respons till dagvården (huvudsak)	

2 UPPMÄRKSAMHET, MOTIVATION, TÄNKANDE, MINNE OCH INLÄRNING

Styrkor	Behöver stöd i
Barnrådgivningens respons till dagvården (huvudsak)	

3 SPRÅKLIG UTVECKLING

Styrkor	Behöver stöd i
Barnrådgivningens respons till dagvården (huvudsak)	

4 MOTORISKA FÄRDIGHETER OCH FÖRETAGSAMHET

Styrkor	Behöver stöd i
Barnrådgivningens respons till dagvården (huvudsak)	

6 FRÅGOR SOM BARNET, FAMILJEN OCH DAGVÅRDEN TAGIT UPP

--

HANLEDNING OCH PLAN FÖR UPPFÖLJNING

<input type="checkbox"/> Barnrådgivningens uppföljning	
<input type="checkbox"/> Dagvårdens stöd	
<input type="checkbox"/> Talterapi	
<input type="checkbox"/> Fysioterapi / Verksamhetsterapi	
<input type="checkbox"/> Psykolog	
<input type="checkbox"/> Familjerådgivning	
<input type="checkbox"/> Annat, vad?	

TILLSTÅND FÖR INFORMATIONSFÖRMEDLING

Uppgifterna från dagvården får skickas till barnrådgivningen	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Vårdnadshavarens underskrift	Namn/förtydligande
_____ 20__	
Uppgifterna från barnrådgivningen får skickas till dagvården	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Vårdnadshavarens underskrift	Namn/förtydligande
_____ 20__	



BESKRIVNING AV BARNET I DAGVÅRDEN
2/2012

1 (2)

Social- och hälsovårdssektorn, Dagvårdstjänster/Familje- och socialtjänster

Till rådgivningen (s. 1-2) ☐ Till habiliteringsgrupp för barn (s. 1) ☐ Till den som undersöker barnet (s. 1) ☐
Till annan, vem? _____

BARNETS NAMN _____	FÖDELSETID ____
-----------------------	--------------------

1. FÖR BARNET KÄNNETECKNANDE SÄTT ATT FUNGERA/AGERA (barnets styrkor och intressen)

2. DAGLIGA AKTIVITETER (måltider, påklädning, renlighet och vila)

3. MOTORISKA FÄRDIGHETER (fin- och grovmotorik, gestaltning av kroppen)

4. SOCIALA FÄRDIGHETER OCH VÄXELVERKAN (känslouttryck och samverkan, jaguppfattning, relation till vuxna/barn, lek, koncentration och uppmärksamhet)

5. SPRÅKLIG UTVECKLING (produktion och förståelse av tal, förmåga att uttrycka sig)

6. ANNAT SOM BÖR BEAKTAS (tidigare undersökningar, beaktande av hälsotillståndet)

7. VÄRDNADSHAVARES SYN PÅ BARNET I DAGVÅRD



BLANKETTEN ÄR IFYLLED AV _____	TFN TILL DAGVÅRDSENHETEN _____
DAGVÅRDSPLATS _____	
BLANKETTEN ÄR LÄMNAD TILL VÄRDNADSHAVARE _____	BLANKETTEN IFYLLED (datum) ____
VÄRDNADSHAVARES UNDERSKRIFTER vårdnadshavare 1 _____ vårdnadshavare 2 _____	

Social- och hälsovårdssektorn, Dagvårdstjänster/Familje- och socialtjänster

HÄLSOVÅRDENS FEEDBACK TILL DAGVÅRDEN

FEEDBACK LÄMNAD AV rådgivning <input type="checkbox"/> annan instans, vilken <input type="text"/>	DATUM FÖR FEEDBACK <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
---	--

BARNETS NAMN <input type="text"/>	FÖDELSETID <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
--------------------------------------	--

Namn och titel på den som gett feedbacken <input type="text"/>	
Arbetsställe (rådgivning eller annan undersökningsplats): <input type="text"/>	Tfn: <input type="text"/>

- 1. OMSTÄNDIGHETER SOM BÖR BEAKTAS PÅ BASIS AV UNDERSÖKNINGEN (tillväxt, utveckling, sinnesfunktioner, motorik, tal och språkutveckling, förmåga till växelverkan och eventuella andra omständigheter)**

- 2. FORTSATTA UNDERSÖKNINGAR OCH STÖDÅTGÄRDER SOM AVTALATS VID UNDERSÖKNINGEN**

- 3. VÅRDNADESHAVARNAS SYN PÅ DET SOM HAR FRAMKOMMIT VID UNDERSÖKNINGEN**

 Feedbackblanketten har lämnats till barnets vårdnadshavare för att ta till dagvården (datum) . .

Vårdnadshavares underskrift/-er:
